

Proyecto de Desarrollo Comunitario Sustentable en Perspectiva Comparada
Center for Latin American Social Policy. Claspo. University of Texas

INFORME DE INVESTIGACION

La dinamica de Interfaz en los Procesos de Reforma del Estado, Descentralización y Democratización en el Espacio Local: Dos estudios de casos.

Margarita Fernández
Claudia Robles

, Santiago, Chile. Julio 2004

INDICE	Pag.
I. Presentación de la investigación	3
II Antecedentes	5
III. Marco conceptual	7
IV La experiencia de Chiloé:	14
4.1 Antecedentes	
4.2 La experiencia	
4.3 Análisis de Interfaz	
4.4 Visiones, nudos críticos	
V La Experiencia de Prodecoop	55
5.1 Antecedentes	
5.2 Descripción de la experiencia	
5.3 Análisis de Interfaz	
5.4 Nudos críticos	
VI Análisis general y conclusiones	76
VII Bibliografía	81

I. Presentación de la Investigación

Este estudio analiza la dinámica de interfaz en dos casos de readecuación de la gestión pública sectorial en niveles provinciales y regionales de administración. Ambos casos levantan respuestas “desde lo local y en forma participativa” a problemas de relevancia en los territorios. Son dos casos que – desde dinámicas locales - aportan lecciones para el diálogo sobre la modernización y reforma de Estado y que permiten observar los dilemas de la adecuación de las políticas sectoriales a necesidades sentidas por los agentes y comunidades locales. Uno de ellos, en el área agraria, impulsado “desde arriba” por el Gobierno Regional en la región de Coquimbo, consensuado con instituciones públicas del agro regional y nacional (Instituto nacional de Desarrollo Agropecuario, INDAP), con comunidades campesinas y organismos internacionales (FIDA). El otro, en el área de la salud, impulsado desde “abajo” por la comunidad gremial, social y política de la provincia de Chiloé, en vínculo con autoridades del Ministerio de Salud y del Servicio de Salud de Llanquihue, Chiloé y Palena (Llanchipal) de la Región de Los Lagos, a la cual dicha provincia pertenece.

En ambos casos, más allá del origen, se desarrollan procesos de negociación y conflicto en torno a dinámicas locales de construcción, instalación y desarrollo de una política sectorial, un modelo de gestión y una “institucionalidad” de tipo adhocrático, flexible y pertinente, que busca dar respuesta a necesidades de desarrollo planteadas o visualizadas desde el espacio territorial. En ambas experiencias se asume también el desafío de profundizar la participación de la ciudadanía en las decisiones e instalar procesos de control social de la gestión pública. En ambos casos hay nuevos arreglos institucionales en la gestión pública, aciertos y errores, conflictos y tensiones, propuestas y logros, hitos y resultados, negociaciones o imposiciones, que cuestionan los arreglos creados desde diversos espacios y se modelan nuevas respuestas institucionales y reformulado los vínculos con la ciudadanía.

Ambos casos son analizados en esta investigación con el enfoque de interfaz, observando la naturaleza de las vinculaciones entre las comunidades o actores sociales involucrados y los gestores del Estado: la particular constitución de los actores, los modelos culturales, sus intereses y visiones; sus roles, las características de la interacción y las relaciones entre ellos; sus propuestas, mecanismos y modos de priorizar y desarrollar las políticas públicas directamente involucradas; los conflictos y negociaciones para llevarlas adelante, los sentidos y significados que atribuyen a los procesos desarrollados. Igualmente se busca dilucidar el tipo y las fuentes de las continuidades y discontinuidades tratando de identificar los medios culturales y organizacionales que reproducen estos procesos y contribuyen a su transformación.

También nos interesa en estos dos casos observar los efectos de esta interfaz dentro del propio aparato del Estado, toda vez que se busca en la investigación, extraer algunas lecciones sobre las tensiones entre las lógicas regionales y nacionales de la modernización y reforma de la administración pública.

Diseño del Estudio

El estudio que se propone integra dos casos de experiencias de gestión pública con alcances regionales y provinciales. Ambas responden a procesos de modernización y reforma del Estado inscritas en una perspectiva de democratización de las relaciones Estado-Sociedad Civil y de descentralización de la gestión pública. Una da cuenta de un proceso de disputa por la descentralización en el sector salud en la isla de Chiloé, promovida a partir de un proceso de interacción entre funcionarios públicos y de actores sociales locales que dio paso a diversos arreglos institucionales hasta conformar una Dirección Provincial de Salud.

La otra se desarrolla como un modelo de gestión pública de tipo agencial, de carácter semipúblico, impulsada por una agencia de cooperación internacional en acuerdo con el Estado y destinada a modernizar el sector agrícola en condiciones de pobreza en la IV región (el caso del Programa de desarrollo rural de comunidades campesinas y pequeños productores agropecuarios, PRODECOP y su continuidad bajo la forma de un "Programa de Desarrollo de Asistencia Agrícola para Sectores Vulnerables de la Región de Coquimbo" forma que adoptó su reabsorción por el Instituto Nacional de Desarrollo Agropecuario, INDAP.).

Objetivo General

Explorar y analizar los procesos de conflicto y negociación que se generan en la interacción entre actores públicos y de la sociedad civil, y al interior de cada uno de éstos espacios, a partir de la dinámica de impulso e implementación de políticas sociales innovadoras en el espacio local, que levantan propuestas de descentralización. Indagar, al mismo tiempo, los efectos y resultados que estos procesos generan en la comunidad local e institucionalidad pública, tanto en la readecuación de prácticas, instrumentos y modelos formales e informales de operación y relación, así como en la construcción de sentidos y proyectos de acción.

Visibilizar, desde una perspectiva analítica, los desafíos que los casos bajo estudio introducen a los paradigmas de desarrollo y componentes de los enfoques de descentralización y reforma del estado actualmente en curso.

Objetivos Específicos

1. Conocer y caracterizar las condiciones de base existentes en los territorios y los antecedentes de las iniciativas bajo estudio, así como describir los procesos asociados a su puesta en marcha y ejecución.
2. Describir y analizar los espacios de interacción entre actores públicos y de la sociedad civil, y al interior de cada uno de éstos en el desarrollo del que hacer, indagando en los mecanismos de negociación y acuerdos implementados, así como en los intereses, posiciones y conflictos que se desenvuelven.
3. Conocer los principales logros, efectos, impactos y aprendizajes que las experiencias de interacción generan sobre la comunidad analizando los procesos de construcción, transformación y mantención de significados, sentido, conocimiento y paradigmas socio culturales, que al interior de los actores produce la interacción.
4. Conocer los principales logros, efectos y aprendizajes que las experiencias de interacción generan sobre la institucionalidad pública, la readecuación de normas, y recursos y las orientaciones del modelo de gestión social, las capacidades y herramientas que emergen en este proceso para el fomento de la participación, gobernabilidad y formación de ciudadanía activa.
5. Determinar los principales nudos críticos y dilemas que enfrentan los procesos de implementación de políticas y propuestas innovadoras en el espacio local, definiendo los principales desafíos que estas experiencias introducen en las visiones de reforma, descentralización y modernización.

Metodología

El presente estudio, de tipo exploratorio descriptivo, contempla la revisión y análisis de material documental de los casos y el levantamiento de información primaria, principalmente a partir de entrevistas en profundidad y grupales efectuadas en visitas a terreno. Las entrevistas se han hecho a 70 personas involucradas en las experiencias como actores claves a nivel local, actores directamente involucrados en los procesos institucionales, locales como con representantes de las comunidades destinatarias.

Se ha utilizado una metodología de tipo cualitativa, bajo una orientación etnográfica, que se adapta de mejor forma a los enfoques teóricos utilizados¹; Pese a las limitaciones propias de no poder realizar un seguimiento presencial constante en terreno de los eventos, y bajo la

¹ Según Norman Long, para lograr realizar un análisis profundo de los procesos operados en experiencias de este tipo, es necesario internarse como investigador en los aspectos simbólicos presentes en las relaciones tejidas y en la comprensión de la realidad de proveniencia de cada uno de los actores involucrados: sus discursos, sus narrativas, sus intereses y preocupaciones, para lo cual la utilización de metodologías de tipo **etnográfico reflexiva** pareciera ser las más apropiadas (Long, 1999) Esto se traduce en técnicas principalmente cualitativas de investigación, focalizadas, principalmente, en la observación participante y constante de todos los procesos que se van sucediendo.

consideración de que, para los dos casos bajo análisis, sus fases más críticas ya han concluido², la observación ha sido de carácter retrospectivo.

Adicionalmente, se ha incorporado la elaboración de un breve cuestionario con datos de caracterización, a ser aplicado a los actores del núcleo clave de cada una de las iniciativas, de manera de poder obtener un perfil general de sus rasgos e historias vitales.

Se han utilizado dos herramientas para el análisis de la información recopilada durante la investigación:

- Análisis documental de los datos secundarios disponibles
- Análisis de contenido para las entrevistas
- Análisis del perfil de los agentes claves
- El material ha sido procesado con el programa QRS NUDIST VIVO

II. Antecedentes Generales

El Estado - como aparato de decisión colectiva y de satisfacción de necesidades públicas - ha resultado inadecuado para ajustarse a las nuevas realidades económicas, sociales, ideas, valores, prácticas y técnicas de gestión que requiere la sociedad actual. Ello ha dado curso a un conjunto de reformas en diverso campos y a debates sustantivos sobre los modelos de transformación que han sido abordadas bajo la noción de modernización. Los procesos en curso están modificando de manera sustantiva los principios, normas, recursos y propiedades estructurales de ciertos sectores del Estado (justicia, educación, salud y otros cambios menores) a distintos niveles de profundidad y a ritmos diferenciados.

En torno a ello surgen debates por la orientación que tendrán las nuevas formas de gestión pública o los modelos postburocrático de gestión, conceptos que son utilizados como términos genéricos para designar a un conjunto de esfuerzos de cambio e innovación. Los enfoques emergentes van desde opciones más “gerenciales” y “centradas hacia el cliente” hasta las que definen la prestación de servicios públicos, a partir de la dimensión de la participación ciudadana y la publicación. Esta última aborda tanto la garantía de derechos en la provisión de los bienes y servicios públicos, como aspectos democratizadores que conllevan el fortalecimiento de las instituciones políticas y de control social. (Villoria en Bresser, 1996).

Estas nociones y la praxis ponen de relieve el debate por la descentralización, el accountability y la integración del aporte de los ciudadanos a la gestión social pública, y el control social de las actividades públicas orientado a hacerlas transparentes, eficientes y de mejor calidad. También debaten la transformación de los mecanismos de gestión pública que vinculan al Estado central, las regiones y administraciones locales conducentes – en un proceso de mediano plazo- a revertir la situación de estancamiento actual de los procesos de descentralización.

Nociones de esta naturaleza encuentran numerosos nudos críticos que abarcan tanto las dificultades en las voluntades y proyectos políticos en juego, el diseño de mecanismos institucionales estatales para la interacción entre los diversos niveles del Estado hasta las transformaciones culturales de los funcionarios públicos y de las poblaciones regionales³.

Uno de los nudos críticos relevantes, parece ser, la capacidad de articularse entre el sector público y la sociedad civil, asumiendo sus propias características actuales y una responsabilidad pública en la reconstrucción y desarrollo del Estado bajo condiciones que potencien las fortalezas de la sociedad civil y agreguen actores al juego democrático.

También, parece ser un nudo crítico central, la construcción de una cierta institucionalidad pública con capacidad para constituirse en un sistema de agencias que actúa en torno a ciertos temas específicos con flexibilidad y dinamismo para enfrentar los cambios, encadenando

² Tanto Prodecop como la Unidad de Gestión Provincial de Salud de Chiloé ya finalizaron sus actividades formales y las orientaciones que les dieron origen han pasado a ser integradas en nuevos marcos institucionales.

³ Racsinski. D. Descentralización. Nudos Críticos.

líneas programáticas de acción, instrumentos de gestión, a los diversos niveles del estado y a expresiones de la sociedad civil para potenciar acciones integrales que apunten al desarrollo de los territorios o de ciertos sectores sociales. A la par, las características de los equipos de trabajo, sus estrategias de intervención, metodologías de trabajo y condiciones laborales, resultan también claves.

Los cambios no operan solo por “arriba”. También se pueden observar procesos de innovación orientados a cambios de enfoques, modalidades de gestión, esfuerzos por integración de nuevos grupos sociales y rediseños de la función social pública en los espacios locales y en la arena social donde emergen respuestas nuevas a problemas sociales o económicos en comunidades locales, provinciales y regionales.

En esos espacios proliferan vínculos – impulsados indistintamente por agentes del estado o de la sociedad civil - entre actores comunitarios heterogéneos y fragmentados que dan forma a actores mixtos que promueven procesos de desarrollo “desde abajo” y a innovaciones de gestión pública. Estos van aportando pistas y sentidos para una orientación estratégica de democratización de la sociedad que integre el desarrollo de la Ciudadanía Activa, la recuperación de del capital social; un enfoque de derechos y deberes, el estímulo a la organización y asociatividad, la representatividad y participación deliberante en las decisiones públicas.

La mayoría de estas experiencias, sin embargo, son territorialmente acotadas a espacios comunales, microlocales o de sectores específicos y responden a un patrón fragmentado y parcelado de acciones. Así, su impacto queda circunscrito normalmente a reacomodos institucionales de pequeña escala en la gestión pública local sin afectar la hegemonía en las orientaciones de los procesos más generales de la reforma del Estado.

A pesar de lo anterior, se puede rescatar un pequeño número de casos cuya escala de desarrollo resulta interesante de analizar por su relevancia para dialogar con estos procesos más generales en curso en el país. Son prácticas que pueden contribuir como base empírica a la necesaria consideración de las dimensiones de identidad y territorio en los procesos de reforma del estado si se integran sus lecciones y aprendizajes.

En ellas se produce una interesante interacción entre actores, enfoques y paradigmas, con efectos significativos en la estructuración de prácticas y visiones y en la transformación de su quehacer, así como en la búsqueda por la de readecuación de normas, reglas y recursos institucionales de otra escala institucional que afectan la cultura funcionaria, el modelo de gestión y en el quehacer público. Son, experiencias que dan cuenta de nuevas formas de implementación de las políticas sociales públicas, que tensionan los procesos de reforma de la institucionalidad en la cual se insertan, cuestionando el carácter y el curso que este proceso sigue en forma dominante. Ello las sitúa en una posición de fragilidad en sus respectivos escenarios institucionales y a numerosos nudos críticos necesarios de elaborar.

El enfoque de interfaz, concepto complejo y de múltiples dimensiones, permite en este punto observar las relaciones, la racionalidad y el poder que se juegan en la negociación de una política pública entre los gestores encargados de su implementación, las comunidades destinatarias en contextos dados y los contextos institucionales en los cuales estas experiencias se desenvuelven. Permite, así, analizar el engranaje, los lazos y redes que se desarrollan entre las partes, las expectativas y el rumbo que moldean la interacción entre estos actores.

Así tras las preguntas ¿Quiénes son los agentes que intervienen en su desarrollo? ¿ qué dinámicas de relaciones se tejen entre los actores institucionales y sociales comprometidos? ¿ cuáles son las lógicas modernizadoras que se confrontan entre los actores institucionales-ciudadanos y las instituciones que amparan dichos programas? ¿ qué cambios logran estas dinámicas introducir en las normas, reglas y recursos o en adecuar a su propia realidad la gestión pública? .

III. Marco Conceptual

Se ha elegido un conjunto de conceptos útiles para el desarrollo del estudio. Estos provienen principalmente del concepto de interfaz, en complementación con otras fuentes teóricas preocupadas del desarrollo de la ciudadanía, de la teoría de redes, de la estructuración y de la gestión pública.

3.1 Las nociones de interfaz

La relevancia de aplicar el enfoque de interfaz al estudio de las iniciativas escogidas se centra en que este permite dar cuenta de los procesos de interacción entre el Estado - sociedad civil y observar cuanto esta relación contribuye a fortalecer las bases para la aplicación consensuada de una estrategia de desarrollo local.

Así, este enfoque pone como principal eje de atención las relaciones e interacción que se establecen entre los diversos actores involucrados en la implementación de políticas públicas en las experiencias. (Roberts 2001).

En las nociones de este enfoque, la naturaleza de las relaciones Estado-Sociedad varían desde la primacía de relaciones democráticas, de confianza y complementariedad, a la primacía de racionalidades burocráticas, de competencia, de clientelismo o exclusión. La variación depende de la naturaleza de la comunidad y de la particular forma de organización del estado y de su relación con el sector público no estatal. En cualquiera de estas formas se expresan puntos críticos de acuerdos y conflictos, basados en la expresión de intereses, que dan origen a procesos de negociación.

Este enfoque, incorpora en el análisis, por tanto, los espacios de conflicto y negociación socialmente construidos que se conforman en el proceso de interacción y todo el cúmulo de elementos simbólicos y estratégicos que se desarrollan en torno a intereses sociales diversos; los discursos, narrativas, interpretaciones culturales y posiciones subjetivas de cada uno de los actores presentes en relación con los diversos aspectos involucrados; las estrategias y metodologías que se aplican y crean (Long 1999); y las relaciones de “poder que se perpetúan y transforman en puntos críticos de confrontación e interrelación” (Roberts 2001)

El análisis de la interfaz permite también abordar la manera en que se definen, reafirman o modifican los paradigmas culturales de los actores involucrados a partir de la interacción constante; observando los sentidos y significados de la acción para cada actor y sus transformaciones en el curso de la interacción. Son, de esta forma, espacios netamente simbólicos, donde los tipos de racionalidades, así como la generación de sentidos colectivos, se encuentran: “El conocimiento es una construcción cognitiva y social que resulta de y es constantemente moldeado por las experiencias, encuentros y discontinuidades que emergen en los distintos puntos de intersección entre los diferentes mundos de la vida de los actores” (Long 1999)

Es interesante relevar que, tal como destaca Norman Long, en estos espacios de encuentros, dirigidos por una intencionalidad de interacción, se ponen frente a frente las visiones construidas desde los “expertos” y de los “intervenidos”, produciéndose una lucha por la legitimación de estos significados y conocimientos; el conocimiento, por tanto, emerge a partir de “la interacción, el diálogo, la reflexividad, el enfrentamiento de significados (...)” (Long 1999)

Toda la riqueza de esta información, se complementa con la comprensión de que este análisis es eminentemente situacional y procesual, es decir, la experiencia de cada comunidad es única, y los espacios generados están constantemente redefiniéndose y “auto-transformándose” internamente, en la misma interacción (Arce and Long 1999, citado en Long, 1999) Así, se abandona la noción de política rígida y aplicable bajo estándares comunes en todos los lugares, y se asume que los resultados finales de su aplicación se centran, más bien, en la implementación más que en el diseño y evaluación final de las políticas.

De esta forma, este enfoque contribuye a las posibilidades de reorientación y enriquecimiento en la forma en que se diseñan e implementan las políticas públicas, que requieren, ineludiblemente para su éxito, del compromiso e involucramiento de los “beneficiarios” en las acciones ejecutadas, siendo parte fundamental, por tanto de su gestación y desarrollo. La

innovación en el diseño y aplicación de políticas, así, se releva como necesidad básica para generar prácticas más atingentes y congruentes

Lo esencial, por tanto, es dirigir la mirada a los actores, sus intereses, cultura e identidad, sus relaciones, así como a la necesidad de coordinar intereses y esfuerzos y generar situaciones de confianza y vinculación, enlazando los contextos locales y tejidos presentes, con la optimización de los recursos existentes.

Así, las prácticas de intervención en el campo social, son puestas en intercambio y moldeamiento por todos quienes en éstas se encuentran involucrados; no pueden, entonces, ser concebidas como “intervenciones planificadas desde arriba”, sino que se le añade la visión de un proceso en constante readecuación a los códigos, intereses y dinámicas políticas y de organización presentes en estos espacios.

Estas experiencias, además, incorporan estrategias de implementación de políticas a partir de la formación o potenciación de un tipo de acción en base a redes territoriales, las cuales resulta de extremo interés indagar, sobre todo, al considerar que estas iniciativas en estudio ya han dado curso a nuevos arreglos institucionales. Por tanto, indagar respecto a las redes generadas y capacidades instaladas en las comunidades locales, desde esta perspectiva, contribuye a amplificar el bagaje de experiencias de este tipo, y por tanto, a profundizar el análisis respecto a las condiciones necesarias para su re- generación.

Las redes, aludidas anteriormente, se convierten en elementos claves de estos espacios en análisis, “reuniendo y recreando espacios sociales y políticos al interior de las instituciones o trascendiéndolas (...) El enfoque de interfaz se focaliza en los espacios de unión y formación de redes que se desarrollan entre individuos, a partir de interacciones desarrolladas en forma continua: se crea, de esta forma, un espacio conformado por puntos de encuentro y expectativas compartidas y no compartidas, lo cual se convierte en un cuerpo distintivo conformado por las intencionalidades y relaciones en éste comprendido, más el surgimiento y estandarización de reglas, normas, procedimientos, sanciones y prácticas allí utilizadas para lidiar con los diversos intereses puestos en juego y generar las negociaciones, y que marcan la pauta de relación al interior y exterior de estos espacios.” (Long, 1999)

La riqueza del enfoque de interface reside en la posibilidad de conjugar, a partir de la observación de un mismo contexto y de un conjunto común de acciones y acontecimientos derivados de la implementación de las políticas sociales, distintos y variados niveles de análisis sobre los fenómenos que ocurren en este espacio. A partir de la definición fundacional del concepto de interface que hace Long (Long1999), se pueden rescatar los siguientes elementos readecuados al análisis de las iniciativas:

- ✓ Las relaciones, de poder, jerarquía, conflicto y negociación, que se dan entre distintos actores en torno a una acción común, intencionalidades e intereses compartidos, en este caso, contextualizada en modelos de intervención de política social en el nivel local
- ✓ El proceso de implementación de los planes y programas orientados al desarrollo local, relevando la necesidad de destacar la particularidad dentro de enfoques unificadores de diseño de políticas, y aterrizando las unidades de análisis a las dimensiones temporales y territoriales
- ✓ Los procesos de creación de confianzas – complementariedad, exclusión – coherción entre los distintos actores que intervienen durante el desarrollo de las acciones consideradas.
- ✓ El análisis del espacio social y cultural, donde estas relaciones entre actores se desarrollan, y que se caracteriza por ser espacios de negociación, conflicto y acuerdo, espacios donde la dimensión simbólica de articulación de nuevos significados respecto a la visión del otro, de la propia intervención y sus resultados, y que se plasma en el surgimiento de estrategias, discursos y mecanismos de relación compartidos, es central.

- ✓ Este es, por tanto, un espacio en constante transformación y cambio, donde los aprendizajes se van sucediendo y plasmando interactivamente
- ✓ De manera complementaria al enfoque de interface, resulta central el reconocimiento de la existencia de un tejido social de base en las comunidades donde se implementan las políticas, con variables grados de densidad y operatividad previas, el cual posteriormente es articulado intencionalmente en las iniciativas en estudio.

3.2 Ciudadanía y gestión pública

En las experiencias en estudio este enfoque de interfaz se involucra indisolublemente, con las nociones de ciudadanía, participación y democratización de la gestión pública. En ambos casos, procesos de participación ciudadana han dado origen a diversos arreglos institucionales como producto de una vocación de democratización de la política y la gestión pública, ya sea impulsados desde agentes del estado o de la sociedad civil, pero donde se ha dado origen a agentes mixtos.

En este sentido, parece necesario definir algunos de los conceptos con que se analizan los casos desde esta óptica.

El desarrollo de la ciudadanía - como llave de la identidad política y del sentido de pertenencia, - de la cual depende la democracia, supone nuevas relaciones sociedad civil-estado. Quienes propugnan iniciar un camino hacia este objetivo, contribuyen desde el marco conceptual de Ciudadanía Activa o ciudadanía como “agencia” para avanzar en la relación Estado –Sociedad Civil, dando énfasis no solo en el acceso a derechos sino también al protagonismo en la definición y recreación de lo público.

Las dimensiones integradas en esta noción hacen referencia a la asociatividad, el ejercicio de derechos, asumir deberes y responsabilidades, ejercer el control social de la función pública, tener acceso a las decisiones y la capacidad para incidir en la agenda local mediante la voz pública.

Si por participación entendemos el proceso de intervención de la sociedad civil, individuos y grupos organizados, en las decisiones y acciones que los afectan a ellos y a su entorno; y por ciudadanía, la reivindicación de un sujeto de derechos y responsabilidades frente a un determinado poder;⁴ la participación ciudadana corresponde a la movilización de estos intereses de la sociedad civil en actividades públicas. Si por gestión pública entendemos la manera de organizar el uso de los recursos para el cumplimiento de los objetivos y tareas del Estado, la participación ciudadana en la gestión pública se refiere al rol del ciudadano en cuanto partícipe y en cuanto usuario de las decisiones y gestiones asociadas a la implementación de acciones públicas.^{5, 6} ..

El criterio clave para discernir el significado de la participación es la apertura del espacio a una ciudadanía deliberativa. La ciudadanía deliberativa supone que la gente ejerza su capacidad reflexiva y exprese sus ideales e intereses, organizándolos, articulándolos y negociándolos a nivel social. De este significado no puede estar ausente la equidad en el beneficio de las políticas públicas lo que supone tanto la expresión del interés de las personas y grupos sociales como desarrollar sus posibilidades reales para intervenir e influir en la toma de las decisiones que afectan a comunidades específicas como al conjunto de la sociedad.

En los términos de Kymlicka (1996) “lo que el Estado hoy necesita de la ciudadanía no puede ser asegurado por coacción sino solamente con la cooperación y la responsabilidad cívica. A su vez, lo que los ciudadanos requieren del Estado no son instituciones rígidas, sino garantías de espacios públicos para que el ejercicio pleno de la ciudadanía en todas sus expresiones tenga lugar.

⁴ Garretón, 1994.

⁵ Marcel y Tohá, 1996.

⁶ Baño, 1997.

En los procesos de modernización y reforma del Estado en curso en las sociedades latinoamericanas estas nociones se constituyen en un campo de disputa. Las visiones sobre los procesos de modernización colocan en parte un acento predominante en las dimensiones instrumentales, estilos de gestión y la eficiencia para promover los cambios gerenciales en la gestión pública. Otras lecturas y aportes ponen en tensión las orientaciones centrales de dichos procesos. Desde claves similares a las anteriores, (Cunill, CLAD) se otorga un contenido distinto a lo que se ha llamado la Reforma Gerencial del Estado. En esta visión, se asume el desplazamiento de las funciones estatales hacia el mercado, pero se reconoce un desplazamiento de las funciones estatales también hacia abajo en la sociedad y se ponen de relieve aspectos relevantes relacionados con la integración social, la profundización de la democracia y la equidad. En esta noción se juega un enfoque que recupera el concepto de esfera pública (Habermas), las dimensiones de lo público no estatal y el rol de la sociedad civil y la ciudadanía social, para fortalecer y recomponer el Estado y la función pública desde lo social. Un eje de esta reflexión es la resolución de los problemas de una democracia de baja intensidad, de la profundización de la desigualdad, la desintegración y la fragmentación de las sociedades nacionales. El modelo de gestión que ha sido incorporado en este debate es el de la "agencia" para dar cuenta de modos de organización y gestión flexible, dinámicos, con capacidad de operar en escenarios de cambio.

Una de las condiciones para ello, es la modificación de las lógicas de gestión y organización de los planes públicos. Diversos análisis⁷ señalan que la transformación de la gestión social exige la definición de orientaciones estratégicas en planes y programas, que pongan en el centro los impactos buscados y la implementación de modelos específicos de organización y gestión, que permitan alcanzarlos. La orientación estratégica de este proceso busca idealmente modificar el modelo de estandarización de procesos y resultados, al cumplimiento de objetivos políticos y metas, introduciendo la idea de que la eficacia y eficiencia organizacional se mida política, y no racionalmente (Offe. 1988).

La transformación modernizadora de la gestión social no es ajena a la acción de la ciudadanía, concebida como agencia. Los procesos de modernización y la gestión social se insertan en una estructura social y material, es decir, en un contexto con el que se articulan en mayor o menor grado pero en el que se movilizan agentes reflexivos y competentes. Diversas experiencias dan cuenta de estas condiciones, entre ellas los casos en estudio.

Ello pone en tensión los procesos de cambio orientados más unilateralmente por los procesos burocráticos, bajo la mirada restringida e inflexible del formalismo legal. En muchos casos los esfuerzos profesionales por innovar en las orientaciones y modos de gestión de las políticas públicas, se distorsionan por la fuerza de las tendencias tradicionales, las relaciones de jerarquía vertical y factores políticos en cargos de confianza apegados a las tradiciones, lo que expresa una tensión y contrasentido con los nuevos paradigmas de la modernización en la gestión pública.

A partir del análisis de interfaz se intenta en este estudio indagar respecto de cómo las estructuras son constituidas y reproducidas a través de la acción social humana y, recíprocamente, como la acción es transformada e impulsada estructuralmente - desde el telón de fondo, donde los cuales los agentes se mueven. La teoría de Giddens de la estructuración aporta en esta dirección.

Un agente es un ser capaz de desplegar en la vida diaria un espectro de poderes, incluido el poder de influir sobre el desplegado por otros márgenes de acción, o sea, desde un poder restringido por circunstancias especificables que operan como constreñimientos donde los individuos carecen de opción.

La acción del agente, es una acción con sentido, que se mueve dentro de esquemas de comprensión desde donde la experiencia cotidiana se genera y asimila, y que ocurren en un escenario, en un espacio tiempo constitutivo de las prácticas sociales que parte de una temporalidad y por lo tanto de una historia.

⁷ Noguera, CEPAL, 1999

Giddens hace una distinción entre acción y obrar. Acción es el proceso continuo, el fluir. Obrar es la capacidad de hacer lo que es buscado es decir, implica poder. Es decir, los agentes desarrollan una acción y buscan resultados. El acto desencadena consecuencias en ciertas distancias de tiempo y espacio. Mientras más alejadas en el tiempo y en el espacio sean las consecuencias es menos probable que esa búsqueda haya sido intencional, lo que está influido tanto por el saber que los actores poseen como el poder que sean capaces de movilizar.

Aprovechando la teoría de Giddens es posible identificar en el estudio los aspectos referidos a "los principios estructurales" o los factores de orden o principios organizativos inmodificables en el tiempo o espacio en que se desarrollan las experiencias, lo que se puede asociar a lo que en el imaginario de este autor se señala como "las paredes de una habitación de las que un individuo no puede escapar fácilmente, pero en cuyo interior se mueve más libremente". El marco restrictivo en que los actores se mueven es tanto constrictivo como habilitante y da origen a sanciones a la par que a ciertos aprendizajes relacionados con la acción.

También, permite observar los resultados de los procesos de interacción y obrar de los agentes en las modificaciones en la estructura, es decir, en el conjunto de reglas, normas y recursos que intervienen en la articulación de los sistemas institucionales. Reglas y recursos son convertibles en el proceso de reproducción social según el significado, la legitimidad que estos tienen y el sistema de dominación que prevalece. Los recursos constituyen los medios a través de los cuales se ejerce poder como un elemento de rutina en una conducta de reproducción social. Las reglas son técnicas de procedimientos generalizables que se aplican en los escenarios, son fórmulas la mayor parte de las veces tácitas, informales, o formales y explícitas, pero tiene cualidades articuladoras y se pueden estudiar bajo el aspecto de la formación, sostenimiento, terminación y remodelación de encuentros. Son los aspectos más duraderos de los sistemas sociales porque reglas y recursos son recursivos en las instituciones.

Igualmente, se requiere analizar los cambios que los agentes y las interacciones introducen en las propiedades estructurales, es decir, en los aspectos institucionalizados de los sistemas de gestión social que prevalecen en un espacio tiempo de menor alcance. Todas las propiedades estructurales son el elemento y el resultado más directo de la acción de los actores contingentes. Operan en este nivel las relaciones de mediación y transformación, son también más directamente fruto de los circuitos de reproducción humana y son los ejes de la estructuración. Además, los actores humanos no sólo son capaces de registrar sus actividades y la de otros en la regularidad de una conducta cotidiana, sino pueden registrar ese registro, a lo que Giddens llama los esquemas de comprensión, que también requieren ser recuperados en la investigación.

SINTESIS DEL MARCO CONCEPTUAL

Enfoque	Concepto	Definición
<p style="text-align: center;">ENFOQUE DE INTERFAZ</p> <p>Interacciones entre los gestores de políticas públicas estatales y las comunidades destinatarias Gestión</p>	Naturaleza de las relaciones	Democrática, de confianza y complementariedad. Burocráticas, de competencia, de clientelismo o exclusión.
	Intereses	Intereses de los actores que operan en la interacción: contrapuestos, consensuados, colectivos, privados
	Procesos de Conflicto y negociación	Puntos críticos de acuerdos y oposiciones que dan origen a conflictos o procesos de negociación
	Estrategias	Diseños de las estrategias y metodologías que se aplican y crean para alcanzar los objetivos. Puntos de encuentro y desencuentro entre los actores en interacción.
	Poder y jerarquías	Las relaciones de “poder que se perpetúan y transforman en puntos críticos de confrontación e interrelación y que permiten hacer lo que es buscado
	Significados de la acción	Elementos simbólicos y estratégicos que se desarrollan en torno a intereses sociales diversos
	Paradigmas culturales	paradigmas culturales de los actores involucrados a partir de la interacción constante; observando los sentidos y significados de la acción para cada actor y sus transformaciones en el curso de la interacción
	Racionalidades	Los tipos de racionalidades, así como la generación de sentidos colectivos, que se encuentran y se desencuentran
	Legitimidad	Legitimación de significados y conocimientos que permiten ejercer el liderazgo en las interacciones.
OTROS ENFOQUES		
Ciudadanía	Ciudadanía Activa	Ciudadanía como “agencia” para avanzar en la relación Estado –Sociedad Civil, dando énfasis no solo en el acceso a derechos sino también en la responsabilidad, capacidad de incidencia y protagonismo público.
	Participación ciudadana	Proceso de intervención de la sociedad civil, individuos y grupos organizados, en las decisiones y acciones que los afectan a ellos y a su entorno, que lo reivindica como un sujeto de derecho y responsabilidad frente a un determinado poder. La participación ciudadana corresponde a la movilización de estos intereses de la sociedad civil en actividades públicas.

<p>TEORIA DE LA ESTRUCTURACION A. Giddens</p>	<p>Agente</p>	<p>Un agente es un ser reflexivo y competente cuya acción tiene un sentido y se mueve dentro de esquemas de comprensión donde la experiencia cotidiana se genera y asimila. Es capaz de desplegar en la vida diaria un espectro de poderes, incluido el poder de influir sobre el desplegado por otros márgenes de acción</p>
	<p>Principios estructurales</p>	<p>Factores de orden o principios organizativos inmodificables en el tiempo o espacio en que se desarrollan las experiencias. Son como "las paredes de una habitación de las que un individuo no puede escapar fácilmente, pero en cuyo interior se mueve más libremente". Opera como restricción a la acción de los actores. A la par que constriñen habilitan dando origen a aprendizajes y también a sanciones.</p>
	<p>Estructura</p>	<p>Conjunto de reglas, normas y recursos que intervienen en la articulación de los sistemas.</p> <p>Recursos: medios a través de los cuales se ejerce poder como un elemento de rutina en una conducta de reproducción social.</p> <p>Reglas: técnicas de procedimientos generalizables que se aplican en los escenarios, son fórmulas la mayor parte de las veces tácitas, informales, o formales y explícitas, pero tiene cualidades articuladoras y se pueden estudiar bajo el aspecto de la formación, sostenimiento, terminación y remodelación de encuentros.</p> <p>Ambas dimensiones son los aspectos más duraderos de los sistemas sociales porque reglas y recursos son recursivos en las instituciones. Reglas y recursos son convertibles en el proceso de reproducción social según el significado, la legitimidad que estos tienen y el sistema de dominación que prevalece</p>
	<p>Propiedades Estructurales</p>	<p>Se refiere a los aspectos institucionalizados de los sistemas de gestión social que prevalecen en un espacio tiempo de menor alcance. Todas las propiedades estructurales son el elemento y el resultado más directo de la acción de los actores contingentes. Operan en este nivel las relaciones de mediación y transformación, son también más directamente fruto de los circuitos de reproducción humana y son los ejes de la estructuración</p>

IV La Experiencia de Chiloé

En este acápite se presentan los aspectos centrales de los dos casos en estudio y el análisis de interfaz. Recogemos los aspectos de caracterización de contexto, los antecedentes que explican la experiencia, su historia y principales hitos, los actores involucrados, logros y resultados de la acción de los actores y la fase de desarrollo en la que se encuentran hoy.

4.1 Antecedentes

4.1.1. Algunas características del contexto social y cultural.

La Provincia de Chiloé es un territorio de rasgos socioculturales y geográficos caracterizada por su realidad fundamentalmente insular y de archipiélago y por el carácter sincrético a partir del cual se ha ido construyendo la cultura e idiosincracia de sus habitantes.

El territorio, ubicado dentro de la X Región de Los Lagos⁸, está compuesto por una Isla grande y 42 islas menores, 39 de ellas habitadas. La longitud de la isla de Chiloé es de 180 Km. de norte a sur, abarcando la Provincia una extensión total de 9181 Km. cuadrados y encontrándose a 1250 km. de la Región Metropolitana

La población total estimada de Chiloé es de 153.670 habitantes⁹ y se distribuye a lo largo de las 10 comunas que componen esta localidad¹⁰. Un 65% de la población habita en los tres principales núcleos urbanos de la Provincia: Ancud, Castro y Quellón, comenzando a evidenciarse, un sostenido proceso de abandono de los ámbitos rurales, particularmente de la población joven¹¹.

La población identificada con una etnia alcanzaba al 5,6%¹² en el Censo del año 200, resultando mayor al promedio regional (3.47%¹³). La pobreza confronta márgenes variables dependiendo de la situación en cada una de las comunas¹⁴.

El archipiélago de Chiloé, a pesar de su dispersión, constituye una unidad geográfica, histórica y social con un desarrollo cultural enclavado hace al menos 10.000. Es un foco que irradia la cultura tradicional en el sur de Chile y uno de los enclaves patrimoniales valiosos del país, dadas las tradiciones heredadas de múltiples encuentros y desencuentros entre los diversos grupos étnicos – europeos e indios - que han poblado este archipiélago. En este proceso la memoria y la experiencia juegan roles fundamentales, casi rituales y deben ser considerados en cualquier compromiso o programa de desarrollo por constituir verdaderos instrumentos de decisión.

Su sociedad se ha estructurado en complejas relaciones comunitarias. Los vecinos de estas comunidades reconocen un lugar propio y a un grupo de personas como sus iguales lo cual les da un fuerte sentido de pertenencia territorial, histórica y cultural. Este grupo humano desarrolla una vida en común intensificando relaciones laborales solidarias; estableciendo

⁸ Según la división administrativa del país, éste se compone de 13 regiones numeradas de norte a sur, siendo la 13ava la Región Metropolitana, ubicada entre la V y VI regiones. Cada una de las regiones está, a su vez, subdividida administrativamente en provincias, y al interior de éstas, en territorios más pequeños, las comunas.

La Xª Región está compuesta por cinco Provincias: Llanquihue, Chiloé, Palena, Valdivia y Osorno, siendo la capital regional y una de las zonas de mayor crecimiento y desarrollo económico actual del país, la ciudad de Puerto Montt, ubicada en la provincia de Llanquihue, geográficamente situada frente a la Isla Grande de Chiloé, siendo separadas ambas zonas por el Canal de Chacao.

⁹ Censo de Población 2002. INE

¹⁰ Las comunas de Chiloé son: Curaco de Vélez, Queilen, Quinchao, Puqueldón, Quemchi, Dalcahue, Chonchi, Quellón, Castro y Ancud. La capital provincial es Castro.

¹¹ Según el Censo de Población de 1992 la población rural era de 52,6%

¹² Censo de Población 1992. INE

¹³ Información recogida a partir de los datos del Censo 1992

¹⁴ En la ciudad de Ancud se concentra la mayor proporción de personas pobres (21,4%) y en Curaco Vélez la menor (4,5%)

vínculos sociales y de parentesco con sus propios vecinos reproduciendo en esta experiencia los códigos de la cultura chilota.

El centro de la vida social es la familia y la comunidad –determinada por las relaciones de parentesco y la base económica¹⁵. La familia representa el lugar donde se toman las decisiones y se activa la vida cotidiana. El desplazamiento del chilote por el archipiélago ocurre entre su hogar, su comunidad hacia las cabeceras de comunas de manera habitual y también hacia la capital de la Provincia. Esta movilidad es impulsada por una necesidad de intercambio comercial, tramites administrativos, visitas a parientes y amigos que son parte de la vida interna.

La alta cohesión identitaria se expresa en códigos, expresiones festivas y religiosas, y maneras de hacer las cosas que se ha perpetuado en el tiempo, entre los cuales destaca su actividad vecinal y comunitaria: acogedor con sus visitas, festivo y lúdico en el trabajo, de gran responsabilidad en las decisiones que compromete a su familia. De allí que cualquier proyecto expuesto desde fuera será minuciosamente reflexionado desde el seno familiar, es decir la familia chilota no corre riesgos; es profundamente conservadora y además como trasmite su cultura oralmente su palabra empeñada tiene gran valor.

Esta realidad de tradición, identidad y cultura reconocible, comienza desde hace mas de una década a enfrentarse a los desafíos de la globalización, recibiendo industrias - especialmente, del salmón y productos del mar - y personas llegadas de diversas zonas de Chile y el extranjero. Esta realidad de “apertura” y diálogo con una modernidad introducida a través del consumo, los medios de comunicación y los nuevos espacios laborales presenta una situación de asimilación compleja dados los patrones culturales de la desconfianza a lo desconocido y lo foráneo al igual que el carácter reservado del Chilote. Aún así, el fuerte apego al territorio y la valorización de la cultura oral y la palabra, tienen una presencia innegable.

La población chilota es respetuosa de la autoridad. En general son pasivos, cautelosos y algo parcos porque se han acostumbrado a no tener roles importantes en procesos de desarrollo. No confían en ningún modelo externo, pero sí se aferra fuertemente a lo conocido, a la experiencia, a su tradición, reiterando estas conductas de una generación a otra.

Estos rasgos son importante para comprender las dinámicas y demandas que se desarrollan en la experiencia en torno a la descentralización de la salud. “ Los factores de vida comunitaria y de relación solidaria se constituyen en fortalezas al momento de pensar en los programas o proyectos de Salud. Del mismo modo el arraigo del Chilote a su hábitat, a no desplazarse mas allá de su territorio- donde tiene le certeza de ser acogido y tratado por sus iguales, capaz de tomar decisiones desde su concepto de dueño de su tierra, certero, paciente – obliga a diseñar acciones de salud que consideren este factor, enclavado en la cultura, en la idiosincrasia de este pueblo. Sentirse en casa será una condición inicial de su salud mental”¹⁶.

El habitante de Chiloé es, por lo general, una persona cautelosa en sus acciones y demandas de cambio, no habiéndose introducido grandes manifestaciones de presión o rechazo a la gestión gubernamental, a excepción de dos grandes temáticas de relevancia provincial, que generan visiones y posiciones de conflicto y expresión. Una de ellas ha sido el fuerte debate introducido en los últimos 3 años respecto de la posibilidad de construir un puente que una la Isla Grande y el continente, uniendo las provincias de Chiloé y Llanquihue - zona de la ciudad de Puerto Montt -, con un despliegue de adherentes y opositores al proyecto dentro y fuera de la provincia. El segundo, el conflicto originado por el mejoramiento y descentralización de la salud de Chiloé, en un proceso de movilización que se gesta desde hace 10 años gatillado por el retorno a la democracia en el país en 1990 cuyo caso estamos analizando en este estudio.

Últimamente, se ha comenzado a generar un movimiento que expresa, de alguna forma, un viejo anhelo de la población de Chiloé, y que hoy es apoyado por parte de sus actores políticos

¹⁵ Las unidades económicas del campesino chilote son de a lo más diez Hectáreas de propiedad familiar. Esta base económica le da una cierta independencia del Estado, y transforma a la familia en el centro de la toma de decisiones, las que abordan con sumo cuidado porque es el más importante bien que ellos poseen

¹⁶ Unidad de Gestión provincial de Chiloé. Propuesta de Modelo de Atención

y organizacionales: convertir a Chiloé en una región autónoma de la Región de los Lagos atendiendo a su rezago y complejidad de gestión administrativa pero también a la noción de una realidad con una identidad y cosmovisión local unificada, que la convierten en una “unidad geográfica y cultural distintiva”¹⁷ Se han expuesto los fundamentos ante las autoridades del Ministerio del Interior y comenzado a posicionar el tema dentro de la agenda del Congreso Nacional. El futuro y proyección que finalmente esta iniciativa tendrá, dentro de las agendas de descentralización y potencial reorganización administrativa del país, sigue siendo incierto.

De su realidad organizativa, podemos señalar que es una trama relativamente densa, que cuenta con numerosas organizaciones interconectadas por los fuertes lazos de amistad y parentesco. En el campo de las organizaciones gremiales, Chiloé destaca por la participación de los funcionarios de la salud en la Federación Nacional de Trabajadores de la Salud (FENATS), la Asociación de Profesionales Universitarios de la Salud (APRUS), el Colegio Médico de Chile, el Colegio de Enfermeras, el Colegio de Técnicos Paramédicos, el Colegio de Matronas, la Asociación de Funcionarios Municipales de la Salud. Otras organizaciones y representaciones laborales tienen también importante presencia (Central Unitaria de Trabajadores)

También por las cada vez más numerosas organizaciones y asociaciones indígenas (Williches) en proceso de formación y fortalecimiento. Al respecto, destaca la presencia de dos grandes asociaciones que reúnen a un conjunto de comunidades en torno a su acción, y que hoy se encuentran levantando iniciativas y propuestas en torno al tema de la salud: el Consejo General de Caciques (con existencia desde el siglo XVII), con sede en Kompu, comuna de Quellón, y la más reciente Federación de comunidades Williches, creadas en 1999, y con centro de operación en la comuna de Castro. Al interior de la Isla Grande, la mayoría de la población indígena se concentra en la comuna de Quellón.

4.1.2. Breve mirada a las condiciones de salud que motivan la demanda de descentralización en Chiloé.

Como antecedente se puede señalar que el sistema de salud chileno ha abordado dos reformas importantes en los últimos 30 años que han alterado o están alterando los principios estructurales, la estructura y las propiedades del sistema. Estas se han fundamentado en visiones estratégicas sobre el rol del Estado (desarrollismo-subsidiariedad en la primera reforma) y con las transformaciones epidemiológicas en la salud de la población, el sistema administrativo y de financiamiento y los modelos de gestión (en la segunda, actualmente en curso).

Entre los elementos sustantivos de estas reformas habría que destacar la reorganización desconcentradora de funciones impulsada en 1981, que transfirió la administración del nivel de atención primaria –consultorios y postas rurales- a las Municipalidades y abrió el espacio al mundo privado para desarrollar prestaciones de salud financiadas con las cotizaciones provisionales de las personas (Instituciones de Salud Provisional (ISAPRES))¹⁸. Las reformas actualmente en marcha apuntan a resolver la incapacidad del sistema de dar respuesta a las nuevas problemáticas de salud de la población, al encarecimiento de los costos, la crisis de recursos para el sector y a formular respuestas a las inequidades de acceso y calidad detectadas en el sistema.

Entre otras dimensiones se busca establecer un sistema de garantías a la población en torno a un conjunto de prestaciones (Plan Atención Universal de Garantías *Explícitas* (AUGE));

¹⁷ Al respecto, es posible revisar el documento “Chiloé Región: Propuesta de Descentralización.” Cámara de Diputados y Asociación de Municipalidades de Chiloé. Julio 2003

¹⁸ Con relación a los cambios y reformas ejecutadas sobre el sector salud en Chile, revisar el texto “Sistemas Actuales de Salud en Chile y sus posibles cambios en las próximas décadas”. Bellolio Rodríguez, Jaime y Giacconi Gandolfo, Juan. Boletín Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. 1995; 24:158 - 161. Disponible en http://escuela.med.puc.cl/paginas/publicaciones/Boletin/html/calidad/calidad_05.html

potenciar el funcionamiento del sistema en red, uno de los nudos críticos en el funcionamiento actual y generar autoridades regionales fiscalizadoras y supervisoras del funcionamiento de la red de salud en las regiones del país.

El debate sobre esta última reforma se inicia en el año 2000¹⁹ instalándose en todo el país un proceso de trabajo que busca concensuar, bajo la forma de diagnósticos comunales y mesas de trabajo de especialistas, funcionarios y representantes de la sociedad civil, la necesidad de la reforma y algunos de los aspectos claves de su desarrollo. Esta dinámica impulsada desde el Ministerio de Salud en el año 2000, se instala en el conjunto del sistema, proceso en el que los Servicios de Salud y Consultorios juegan un papel clave. Ello no es nuevo: las prestaciones y acciones del sistema de salud público, se organizan en torno a diferentes instituciones y figuras institucionales que operan con un alto grado de centralismo y verticalidad²⁰. Una de las características claves del sistema de salud y de sus funcionarios es su cohesión jerárquica, su apego a las normas y su gran disciplina para cumplir, en los más diversos rincones del país, con las disposiciones ministeriales, sean éstas programas, políticas, campañas, tareas, etc.

Uno de los aspectos claves para la experiencia, es que en el proceso de reforma actual se discute la generación de la figura de Autoridad Sanitaria con asiento nacional y regional y atribuciones para hacer cumplir la metas sanitarias y definir las especificidades regionales del Sistema AUGE. Igualmente lo es, la conformación de la "Dirección" o "Coordinación" (aspecto no resuelto aún en el proyecto de ley respecto del tipo de atribuciones) de la Red de Salud - que articulará y coordinará a los diversos niveles de salud, con la finalidad de hacer cumplir el sistema de garantías. Esto es clave porque en la experiencia de Chiloé, la profundización del conflicto por la descentralización, emana de las propuestas de solución que tienen base en este debate en la reforma y en las atribuciones que podrán ser delegadas al espacio provincial.

Igualmente para comprender mejor la dinámica de la experiencia en estudio, habría que señalar algunos aspectos de la estructura – normas- reglas y recursos- general del sistema que entran en disputa y conflicto durante el proceso. .

Desde el punto de vista de la gestión y dirección del sistema, el Ministerio de Salud (MINSAL) define las metas sanitarias a alcanzar, las normas de gestión y atención, diseña las políticas y programas que se aplican a nivel nacional en los Servicios Sanitarios de Salud (SSS), en los hospitales (encargados de la atención secundaria y terciaria) y en consultorios (encargados de la atención primaria). A estos les transfiere los recursos mediante un sistema normado (por persona inscrita a los consultorios contra una canasta de prestaciones –Sistema Per Cápita y por Facturación de Atención Prestada-FAPEM- en el caso de los hospitales) y por compromisos de gestión de atención y coberturas que controlan mediante indicadores que evalúan el cumplimiento de las metas sanitarias y permiten monitorear sus cambios.

Los Servicios Sanitarios de Salud (SSS) – 26 en el país- son organismos técnicos encargados de la coordinación, seguimiento, asesoría y fiscalización a los implementadores de las políticas así como de la gestión administrativa y la gestión de los proyectos de inversión. Se encuentran instalados en las capitales regionales normalmente en regiones. Sólo en la región metropolitana están estructurados zonalmente.

Los hospitales dependen de los SSS en una jurisdicción geográfica. Los hospitales tienen distintos niveles de complejidad, van del nivel 1 al nivel 4, siendo el tipo 4 el de menor complejidad y capacidad resolutoria. Las diferencias se relacionan con la disponibilidad de

¹⁹ Impulsada por la Ministra de Salud . M Bachelet.

²⁰ El Ministerio de Salud, organismo encargado del diseño, seguimiento y control de las políticas y programas que se aplican en el sector a nivel nacional y del Fondo Nacional de Salud- seguro público que garantiza los fondos para hospitales y financia las prestaciones de usuarios afiliados al sistema público de salud. El Ministerio tiene representaciones mediante las Secretarías Regionales (hasta la fecha carentes de atribuciones) y transfiere recursos – mediante compromisos de gestión – a los Servicios de Salud. Estos son organismos técnicos que tiene a su cargo la jurisdicción de un territorio donde operan hospitales y consultorios. Los hospitales dependen directamente de los Servicios mientras que los consultorios fueron traspasados a la gestión municipal para su administración en 1985, en un gran proceso de desconcentración de la salud y educación.

personal, equipamiento, infraestructura y recursos financieros para atender patologías de mayor complejidad y disponer de especialidades médicas. Normalmente estos se distribuyen de acuerdo al tamaño de la población, teniendo los centros urbanos y las capitales regionales y provinciales acceso a los hospitales Tipo I.

La red de atención primaria conformada por consultorios y postas rurales desde 1981 depende administrativamente de las Municipalidades. Estas, establecen compromisos de gestión con los SSS, quienes supervisan técnicamente la ejecución de programas. Desde 1993 en adelante se financian mediante el Sistema de Financiamiento Per Cápita. Diversas municipalidades deben sin embargo, complementar con recursos propios los costos de atención, particularmente cuando las prestaciones a la población no están o están marginalmente incluidas en la Canasta de Prestaciones normada desde MINSAL.

El sistema de salud de Chiloé – sus hospitales y consultorios de las ciudades y de las 10 comunas locales - se encadenan de esta forma con el Servicio de Salud Llanquihue, instalado en Puerto Montt, ciudad que se encuentra a 3, 5 horas de transporte por bus y mar de la capital de la Provincia. La administración, la toma de decisiones, la definición de metas sanitarias, la coordinación del sistema se realiza así en un centro geográficamente distante y de difícil acceso, que no puede responder en forma inmediata a las necesidades, urgencias y problemáticas de la insular provincia. La descentralización del sistema de decisiones y la delegación de atribuciones a un estamento provincial que gestione la salud desde la provincia se transforman en el curso de la experiencia en una de las demandas más fuertes y movilizadoras de los actores locales en el marco de un escenario de cambios impulsado por el Reforma de Salud.

La Red Asistencial de la Provincia de Chiloé, se conforma por 2 Hospitales tipo 3 (Castro y Ancud) y 3 Hospitales tipo 4 (Quellón, Queilén y Achao). El Hospital de Castro, pese a no contar con los recursos humanos e infraestructura necesaria, asume frecuentemente funciones de un Hospital tipo 2, de mayor complejidad.

Por su parte, existe una situación de delegación de funciones a los Hospitales de Castro, Ancud y Quellón relacionadas con Salud del Ambiente, la Unidad de Salud Mental y COMPIN, que si bien están bajo la responsabilidad de la Dirección del Servicio de Salud, por razones prácticas operan en estas instancias.

Las municipalidades, igualmente, a través de las “Corporaciones de Salud, Educación y Atención al Menor”, son las responsables por el nivel primario de salud. Éstas son entidades de derecho privado, 9 en total con presencia en cada comuna, a excepción de Quemchi donde la salud es directamente administrada desde la Municipalidad. Cada una de estas corporaciones diseña de forma autónoma su modelo de gestión. El Servicio de Salud, además, ejerce ingerencia técnica desde Puerto Montt sobre el nivel primario de asistencia (APS)-municipalizado, delegando parcialmente funciones de coordinación en el hospital de Castro. El gran número de postas rurales dependientes da cuenta de la gran dispersión geográfica de la población a la cual el sistema debe atender. Existe un gran compromiso y dedicación por parte de los funcionarios de salud en el Archipiélago, tanto profesionales como técnicos. Se refleja en las condiciones en que laboran y viven los técnicos paramédicos en las zonas más alejadas o como los Profesionales Médicos, no Médicos y Técnicos, laboran muchas veces sin retribución adecuada, solo por el hecho de cooperar y para atender a personas que lo requieran. Cada vez que se necesita trabajo voluntario o aporte pecuniario los trabajadores de la salud destacan por su participación.

La problemática de fondo que gatilla el proceso bajo estudio, es la fuerte vivencia cotidiana de aislamiento geográfico, agravada por el tipo de clima preponderante en la zona, de rasgos templado - lluvioso, que cubre de fuertes lluvias, humedad y temporales, el territorio y sus mares durante casi 9 meses del año lo que genera grandes dificultades de traslado de pacientes al hospital de mayor complejidad ubicado en Puerto Montt para atender casos complejos y largas listas de espera para consultas de especialidades médicas.

Chiloé contiene 4 de las 25 comunas con aislamiento crítico del país, y otras 4 de las 10 comunas que en total posee el territorio, presentan un aislamiento relativo, utilizando como criterios para definir aislamiento: “agresividad del medio debido a las características climáticas;

distancia caminera respecto a la capital Regional; vías de acceso a la comuna, presencia de servicios públicos, tasa de mortalidad general, tasa de población indígena y otros.”²¹

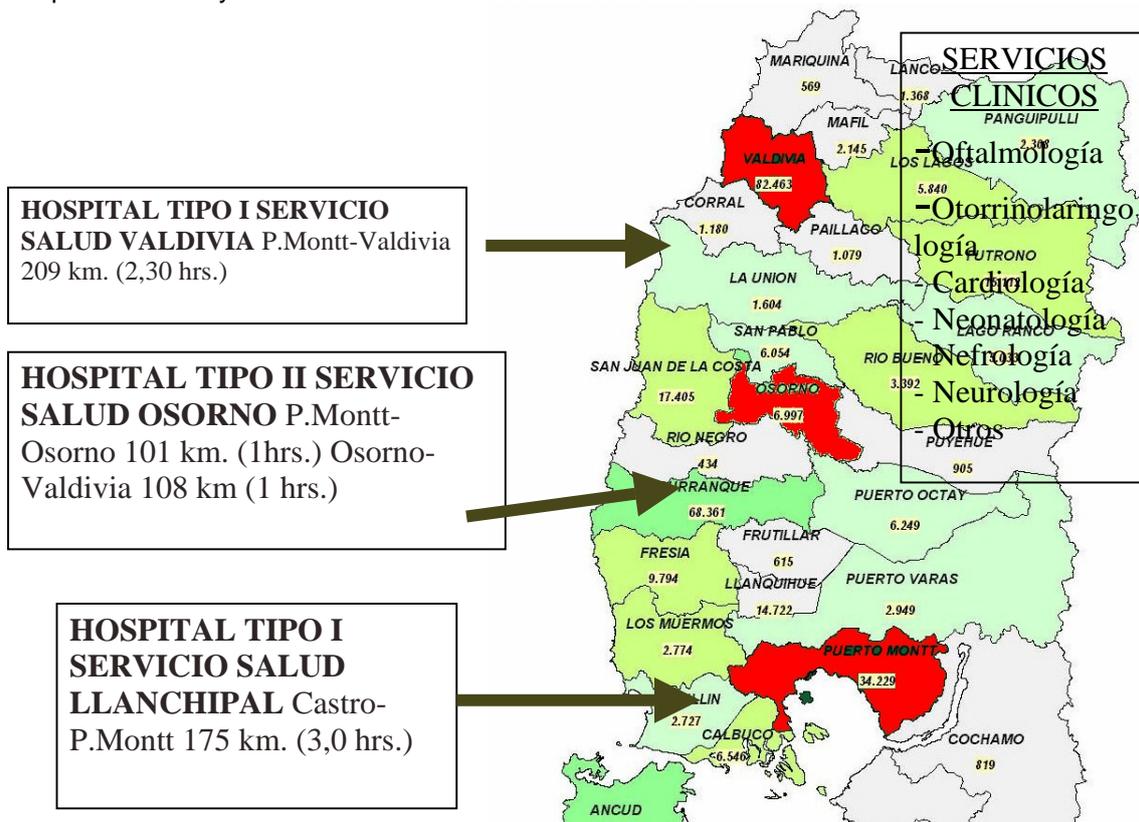
El Estado central tiene conciencia de la problemática y en diversos momentos en los últimos 10 años, las autoridades nacionales han propuesto o prometido, en el marco de sus campañas electorales, la conformación de un Servicio de Salud para la provincia. La palabra empeñada en esta solución se transformó también en un horizonte movilizador para los actores locales

Entre las dificultades del sistema de gestión en la isla de Chiloé, destaca el rezago de las inversiones y la baja capacidad resolutoria de sus hospitales. El rezago se genera en el período 1973-1990, donde la apuesta gubernamental era la privatización del sistema de salud. En la década del 90, las inversiones en infraestructura, equipamiento, personal son mucho más altas que otras de las provincias dependientes del SSS Llanquihue- exceptuando la capital regional de Puerto Montt-, pero aún así, completamente insuficientes para resolver las demandas de mejoramiento que sitúa el aislamiento geográfico de la Provincia y sin concebir soluciones para las dificultades de gestión.



²¹ Información extraída a partir de un estudio de la Subsecretaría de Desarrollo Regional - SUBDERE -, mencionado en documento “Propuesta Servicio de Salud Modelo para Chiloé y Mejoramiento de la Salud Provincial”, Pág. 1

Este mapa expresa los tiempos de traslado y vías de acceso entre la isla y sus comunas y los hospitales de mayor resolutivez ubicados en Puerto Montt.



El mapa representa la inequidad de acceso de la población de Chiloé a los hospitales Tipo I disponibles en la Región. Un hospital Tipo I dispone de servicios clínicos de oftalmología, neurología, cardiología, nefrología, neonatología, otorrinolaringología y de equipamiento que permiten intervenciones de mayor complejidad.

FUENTE: Extraído del documento “Propuesta Servicio de Salud Modelo para Chiloé y Mejoramiento de la Salud Provincial”, Pág. 48. Unidad de Gestión Provincial.

Un elemento adicional es que la población de Chiloé acude de forma casi exclusiva al sistema de atención público, debido a la débil existencia de otras instancias de salud del sistema privado principalmente de carácter ambulatorio. Los destinatarios del sistema público alcanzan a más del 65% de la población - llegando hasta un 82% en la comuna de Quemchi. Los usuarios del sistema de Isapres alcanzan un 20% de la población de la población en la comuna de Castro, y sólo un 10% a nivel provincial²². Esta población presenta, además, una alta demanda de atención hospitalaria²³.

4.2 La experiencia: la historia y los hitos

Es en este marco en el que se desarrolla la experiencia de demanda descentralizadora de la salud de Chiloé. Esta experiencia se constituye en un proceso que envuelve a diversos actores locales con una base importante en los gremios de la salud, el activo político y gremial sindical de la zona, las comunidades étnicas y agrupaciones de base orientadas a colaborar y participar en los programas de salud de los diferentes establecimientos hospitalarios de la provincia. A continuación se resume en un cuadro de síntesis los hitos principales del desarrollo de la experiencia, dando cuenta de sus actores y resultados gruesos.

²² En “Perfil de la Situación de Salud en Chiloé”

²³ “Modelo de Atención de Salud para Chiloé”, Equipo UGPS, año 2002. Pág. 3

HITOS CLAVES DE LA EXPERIENCIA

ETAPA 1: Primeras Movilizaciones y levantamiento de demandas	
Hitos Claves	Actores y Acciones
Antecedentes	Diversas familias de la provincia colaboran históricamente con las problemáticas de los hospitales de Castro y Ancud. Les unen lazos de amistad con el personal y encuentran allí formas concretas de ejercer una labor solidaria frente a las necesidades y las emergencias. No representan una organización, pero se convocan como los amigos del hospital. Existe un interés colectivo de mejoramiento del nivel de resolutivez del Hospital de Castro que no se expresa como demanda activa dada la impermeabilidad del sistema a la inversión en salud pública en tiempos de la dictadura.
1990. Vuelta a la democracia en el país	Chiloé recibe la visita del Presidente electo Patricio Aylwin quien habla por primera vez de la necesidad de mejorar el sistema de salud imperante en la zona, y de otorgar mayores atribuciones a las instancias locales. El Ministro Jiménez de la Jara se reúne con los encargados. Se compromete a respaldar el proyecto de mejoramiento del hospital de Castro para aumentar su nivel de resolutivez. Las tareas de preparar los proyectos son entregadas al SSS Llanchipal. Se da curso a la elaboración de diversos proyectos de inversión que apuntan a abordar los rezagos más críticos de inversión en el período previo.
1993 Temporal de viento en Chiloé que genera una grave crisis sanitaria en el Hospital de Castro	Se vuela el techo del hospital. La comunidad, gremios de la salud y el activo político desarrollan movilizaciones por reparar los daños y marchas por la mejora del Hospital de Castro; se levanta el proyecto "Un Hospital para Chiloé" y se arma un comité; se visibiliza comunicacionalmente el tema
- 1995. Nuevas visitas del Presidente electo Eduardo Frei a la zona, y su Ministro de Salud, Carlos Massad. Se compromete a generar un Servicio de Salud Autónomo para la Provincia	Reuniones, encuentros y seminarios provinciales para discutir el tema de salud. Movilizaciones impulsadas desde actores gremiales y funcionarios de la salud para desarrollar una activación social en torno al mejoramiento del Hospital de Castro. Campaña de la comunidad para recaudar fondos para el Hospital de Castro. Se obtienen algunos proyectos de inversión que ayudan a mejorar infraestructura y equipamiento, proceso que dura hasta 1999. No mejoran el nivel de resolutivez de la atención en dicho hospital. Se coloca la primera piedra para inversiones mayores en el hospital de Castro Actores claves Funcionarios de la salud pública comprometidos con la atención primaria y rural Actores gremiales de la salud (Colegio Médico, FENPRUSS, FENATS, etc.) Actores comunitarios vinculados Actores políticos del nivel central Profesionales de la salud y de las ciencias sociales que llegan o vuelven a la Provincia, y que comienzan a expandir visiones de salud comunitaria e intercultural Actores comunitarios que apoyan y activan movilizaciones en curso (CUT, Amigos del Hospital de Ancud, dirigentes vecinales).
ETAPA 2: Conformación de la Mesa de Trabajo	
Hitos	Acciones y Actores
- 1999 Visita del candidato presidencial	R. Lagos promete en discurso desarrollar un Servicio de Salud autónomo y levantar un establecimiento nivel 2 en la Provincia El activo del Colegio Médico, actores gremiales de la salud y activo social organizado y político se convocan para trabajar por la

<p>presidencial Ricardo Lagos a la Provincia de Chiloé:</p>	<p>candidatura presidencial de Lagos.. Avances de inversiones menores, pero no en torno al aumento de la resolutivead.</p>
<p>- Marzo 2000- Ministra de Salud del presidente Lagos visita la provincia, en el marco de la promoción de la Reforma de Salud a implementarse, y abre el espacio para la conformación de una Mesa de Trabajo en la provincia.</p>	<p>- Reunión ampliada para discutir las propuestas y demandas de la salud en Chiloé. . Actores: Ministerio de Salud, Gobierno Regional, Gobierno Provincial, Servicio de Salud Llanchipal, Parlamentarios, Municipios, Gremios de la Salud: Federación de Trabajadores de la Salud, Asociación de profesionales de la salud, Colegio Médico, Colegio de enfermeras del hospital de Castro Funcionarios de la salud Municipalizada de diversas comunas. Actores comunitarios: Consejo de desarrollo hospital Castro, Amigos del Hospital de Ancud, Unión comunal de Juntas de Vecinos de Ancud. - Se discute la demanda de creación del Servicio de Salud para la provincia. El Ministerio señala las complejidades que ello implica y la falta de garantías de que ello resuelva las dificultades de salud de la zona. Se acuerda realizar un diagnóstico y buscar soluciones que apunten a mejorar los hospitales, mejorar la red de salud, mejorar la calidad de atención. Se da origen a la Comisión de Salud de Chiloé compuesto por cargos directivos de los hospitales, representantes de gremios de la salud y comunidades locales. Se entrega a las autoridades un documento de propuesta con planteamientos globales y propuestas inmediatas concretas</p>
<p>Ampliación de los actores en la Comisión de Salud con funcionamiento autónomo. Mayo 2000</p>	<p>Se amplía el espectro de actores sociales que conforman la Comisión de Salud. Se estabiliza su composición con los siguientes actores: Colegio Médico, Hospital de Castro representado por su director; Federación de trabajadores de la salud de Castro, Colegio de enfermeras, Hospital de Ancud representado por su director; Consejo de desarrollo Hospital de Castro; Hospital de Quellón, representado por su director; Central Unitaria de Trabajadores de la Provincia; Federación de Trabajadores de la salud de Ancud; Corporación de ayuda al enfermo renal. Representación de diputados y parlamentarios de la región y distrito electoral. Se destaca la buena disposición de las autoridades para resolver las demandas planteadas desde hace 5 años. Se acuerda : ampliar la base social convocando a las comunidades locales a ser parte de la Comisión y pugnar por la conformación de un Servicio de Salud para la Provincia, detrás de objetivos de autonomía. Comienzan las diferencias entre quienes asumen las dificultades técnicas de crear este Servicio, que significa que no habrán recursos frescos sino que estos serán divididos de acuerdo a la población beneficiaria con el Servicio de Salud Llanchipal, lo que no da garantías de soluciones y los que expresan que la autonomía administrativa y de recursos es materia central de esta demanda. Se conforman dos comisiones: una comisión técnica que recoja antecedentes sobre las complejidades y experiencias de funcionamiento de los SSS creados en los últimos años y una comisión que plantee el problema de salud de la provincia desde una dimensión más social y humana.</p>
<p>Etapa 3: la Unidad de Gestión Provincial de Salud: conformación y desarrollo</p>	
<p>Noviembre 2000.</p>	<p>La mesa de trabajo propone la conformación de la Unidad de Gestión de salud provincial de Chiloé: acuerdos y fundamentos de los actores participantes: "la inexistencia de un organismo provincial necesario que administre la red en forma local, atendiendo las especificidades del archipiélago, responsable de la aplicación del modelo" "las importantes inequidades en la atención de salud de las personas que demandan una propuesta de modelo de atención". "La inexistencia de canales formales de participación comunitaria en la</p>

	<p>gestión de salud que determinan la necesidad de generar una política de participación ciudadana".</p> <p>Reconocimiento de la Unidad por la Institucionalidad y de la Mesa como interlocutor: asignación de un mandato: Elaborar una propuesta jurídicamente viable para la creación del SSS. .Elaborar proyecto de normalización del Hospital de Castro para pasar aTipo II. La mesa se establece como la instancia de interlocución y a quien debe rendírsele cuenta desde la UGPS y las instancias institucionales centrales.</p>
--	---

<p>La Unidad de Gestión Provincial de Salud (UGPS) y los conflictos con las autoridades de salud. Noviembre 2000 a Junio 2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comienza a funcionar la UGPS - Apoyo y visitas ministeriales constantes - Mesa de Trabajo del 27 de Junio del 2001: se firma protocolo de descentralización con autoridades regionales - Comienzo de negociaciones con representantes ministeriales - Conflictos internos del equipo - Primera amenaza de cierre e la UGPS en Septiembre del 2002. - Paro Médico convocado por el Colegio Médico que lo impide. - Sumario y destitución del cargo de dirección del Director del Hospital de Castro - Junio del 2003 se cierra la UGPS <p>Principales acciones de la UGPS y la Mesa de Trabajo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de documentos de diagnóstico sobre las problemáticas y brechas de la salud en Chiloé. - Propuestas de un Modelo de Atención de Salud para Chiloé - Articulación de la red de atención primaria, conformación de la comisión de salud de nivel Municipal, integrada a la mesa de Trabajo, asesoría a los equipos de salud - Gestión de las listas de espera - Generación del proyecto de telemedicina para atención de especialidades en la isla. - Transferencia de recursos al Consejo de Caciques para implementar programa de salud intercultural - Seminarios y talleres de encuentro provincial y discusión respecto a formas de abordar temas de emergencia sanitaria como la Marea Roja, - Diplomado de formación en gestión clínica a recursos humanos profesionales de salud y capacitación a funcionarios de la salud - Cuentas públicas ante la mesa de trabajo <p>Actores Claves</p> <p>Equipo UGPS Actores de la Mesa de Trabajo (políticos, sociedad civil) Autoridades regionales de salud Emisarios ministeriales del nivel central: comisión de salud del Congreso</p>
---	---

ETAPA 4: LA Dirección Provincial de Salud: conformación y desarrollo actual	
<p>La creación de la Dirección Provincial de Salud. Agosto de 2003</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Creación y puesta en marcha de la Dirección Provincial de Salud (DIPROS) en Septiembre del 2003; reestructuración del equipo de trabajo y normativa de dependencia del SSS Llanchipal. - Paralización y stand by de la Mesa de Trabajo. - Instalación de la DIPROS en la conducción de los equipos de salud locales. - Etapa de "normalización" de la institucionalidad local: liderazgo, dirección, ordenamiento. - Conformación del Consejo Consultivo de Salud en la Provincia como organismo institucional de la DIPROS - Tramitación de indicaciones al Proyecto de Ley de Autoridad Sanitaria (Reforma) - Creación de la Unidad de Salud Complementaria Wichille dentro de la Dirección Provincial - Jefe de la Unidad de Salud Complementaria es nominado como

	<p>encargado provincial del programa, desde Chiloé</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sumario al ex – director de la UGPS - Fragmentación, conflicto y desconfianza entre los actores del proceso previo. <p>Acciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento de la red - Elaboración del Plan de Salud - Identificación de indicaciones a tramitar para la creación de mayores instancias decisionales en la Provincia - Creación del Consejo Consultivo local - Atribuciones en proceso de debate <p>Actores Claves</p> <p>Ministerio de Salud Servicio de salud Llanchipal Equipo DIPROS, con la incorporación de un par de funcionarios Equipo Unidad de Salud Complementario. Equipos de salud Local</p>
--	---

4.3 Las Interfaces : Los espacios de articulación y encuentro

La secuencia de la experiencia presenta diversos aspectos, momentos y situaciones que pueden ser analizadas desde la perspectiva de interfaz, ahondando además en las diferentes fases en las que los procesos de interacción entre los actores claves se generan, así como las visiones y lógicas que estos encarnan y se encuentran.

EN EL ORIGEN: Una visión y adhesión común desde el territorio

I) Actores claves de la experiencia y sentidos en interacción

a) En un primer momento, resulta interesante constatar como se va generando una mirada común respecto a la problemática de salud de la provincia, pero también respecto de los enfoques o visiones que posibilitarían su mejoramiento. Esto se remonta a los años 1980 y cobra especial vitalidad durante los '90. El encuentro se fundamenta en la común percepción de una "deuda o marginación histórica para con el pueblo chilote", que será la bandera de lucha de este primer grupo de actores locales, pero que se irá complejizando con nuevas y concretas miradas sobre la salud.

Dentro de este primer grupo de actores claves, que encarnan visiones innovadoras respecto al *status quo* imperante de manera previa, podemos identificar:

Un grupo de funcionarios de la salud de origen chilote, dentro de los cuales se destaca el equipo de trabajo del Departamento Integrado de Salud de Chiloé (DESICH) que queda instalado en el Hospital de Castro después de la primera reforma de salud en 1981 aunque con funciones restringidas al nivel administrativo interno. Este equipo se resiste a dejar sin asistencia técnica directa a los equipos de consultorios al momento de la desconcentración y en los 80 comienza a trabajar con un estilo marcado por la vocación y compromiso en los temas de salud rural y comunitaria. Ellos ya actúan desde una lógica profundamente localista e identificada con un sentir provincial, que no necesariamente se integra a las lógicas institucionales de nivel nacional. Así, frente a la estructuración y rigidez de lineamientos centralistas, ellos diseñan estrategias para adecuar los instrumentos a la realidad local – moviéndose con algo de libertad en la orientación de los programas de salud en las comunas.

Si bien estas personas son funcionarios institucionales de la salud pública provincial – enfermeros -, tienen adhesiones gremiales y se articulan en torno a una particular sensibilidad con las problemáticas de la comunidad. A partir de este equipo, se comenzarán a identificar y levantar visiones provinciales sobre la gestión de salud, con especial énfasis en aquellos aspectos que privilegian la articulación e integración de la red de establecimientos, por sobre la parcelación existente en su administración, así como la necesidad de actuar desde marcos con pertinencia a la realidad cultural y social local. Ya en los 90, este equipo levanta, desde el hospital, un trabajo de encuentro con las comunidades Wichilles para desarrollar un programa de salud intercultural apoyados en instrumentos ministeriales, integrando en su equipo de trabajo a profesionales de las ciencias sociales de origen Williche. Su origen chilota, marcados por su cultura, tiene en la base el respeto a la autoridad, la paciencia y la pausa.

Dos de estos funcionarios, además, pasarán a formar parte estable tanto de la Mesa de Trabajo, como de la Unidad de Gestión y la Dirección Provincial, sucesivamente, plasmando en cada uno de estos espacios estas antiguas visiones.

b) Médicos que llegan a Chiloé con una nueva mirada y otros actores gremiales de la zona. Actores claves de esta primera etapa de desarrollo de la experiencia serán un par de médicos que llegan a la Provincia, con un alto compromiso y sensibilidad por las problemáticas sociales y de salud de la población. Ellos liderarán dinámicas de cambio, movilización y discusión, identificadas fundamentalmente con el gremio médico provincial, pero a las que se irán uniendo las restantes visiones gremiales también (se unen a las voces ya presentes de otros médicos con residencia). El primero de estos médicos, llega durante los años '80 a Chiloé, proveniente de Santiago. Posteriormente, pasará a encabezar el Comité por el Mejoramiento del Hospital de Castro tras el temporal de 1994, potenciando el involucramiento de la comunidad y de los propios funcionarios en el tema. Posteriormente, él pasará a tomar la Dirección del Hospital de Castro, durante una etapa clave del conflicto con la Dirección del Servicio de Salud Llanquihue, Chiloé y Palena. Su visión, altamente sensible a las problemáticas de salud locales, lo predisponen en un sentido político: su objetivo construir un “grupo humano dentro del hospital dispuesto a trabajar por el desarrollo de la salud en la Provincia y mejorar la equidad y el acceso de la población”, cuestión que logra. Tras esto, también están los intereses por el desarrollo y profesionalización del cuerpo médico y el mejoramiento de las condiciones laborales del personal. Este grupo se compromete en forma muy activa en el territorio con la campaña presidencial de Ricardo Lagos que levanta la propuesta de reformas que promuevan la equidad en salud en la sociedad chilena.

El segundo médico, clave en la experiencia, es un médico chileno titulado en Cuba, que regresa al país y llega a Chiloé en 1990, luego de años de exilio en el extranjero. Este médico está estrechamente vinculado al enfoque social de la medicina y a la medicina comunitaria, habiendo estado en contacto con experiencias en Centroamérica en esta línea. Una vez en Chile, y apoyado por la Cooperación extranjera, levanta un proyecto de atención en salud con comunidades rurales pobres de la provincia, instalando por primera vez el concepto de “Centro de Salud” en la isla. Con esto, se comienza a posicionar y validar un enfoque centrado en la promoción de la salud, por sobre la atención exclusiva en la medicina curativa, entendiendo la participación comunitaria y la salud como elementos fundamentales de desarrollo social, así como la cercanía con la gente como un elemento clave de la relación en salud. Luego, será él quien tome un rol protagónico como representante del Colegio Médico en la Mesa de Trabajo y, posteriormente, como Director de la Unidad de Gestión Provincial de Salud.

- Actores vinculados a las organizaciones indígenas. También a comienzos de los '90, se genera un progresivo dinamismo en torno a la revalorización de los saberes y derechos ancestrales del pueblo originario de la zona: los Williches impulsados por los líderes del Consejo de Caciques de Chiloé, comenzarán a impulsar un diálogo con los funcionarios de la DESICH y a levantar un modelo de salud intercultural, que rescate los elementos de la medicina tradicional, y reincorpore un enfoque fundamentalmente comunitario en la gestión de la salud. Este quehacer se transforma en una propuesta que evoluciona hacia un programa independiente del Consejo de Caciques, con un centro propio financiado por MINSAL, que lentamente se irá difundiendo en la Provincia y discutiéndose también a nivel regional. Posteriormente será un referente clave para seguir instalando la visión de la pertinencia cultural de los enfoques de salud que se construyan en Chiloé, desde una mirada profundamente

crítica a la salud tradicional²⁴ y será concebido dentro del sistema como una Unidad de Salud Complementaria. En este proceso se va jugando el interés por la autonomía y la negociación con los otros referentes locales que se instalan en la provincia en el desarrollo de la experiencia.

Junto a este polo de los que podríamos identificar con un “grupo de agentes” que defienden una visión provincial en el tema, es necesario caracterizar un segundo grupo de actores de una proveniencia fundamentalmente institucional y política. Dentro de este grupo podemos identificar:

- la Dirección del Servicio Llanquihue, Chiloé y Palena, la cual encarna, de una forma más cercana y explícita, las resistencias que se reproducen en el espacio central de la administración pública, frente a las propuestas de descentralización, participación y empoderamiento local de los actores. A través del período que analizamos, existen dos cabezas de dirección: Una primera – profesional de origen regional - que dirige el SSS Llanquihue. Esta, en primera instancia se posiciona buscando configurar relaciones de colaboración en el proceso local pero en un diálogo que busca, permanente y centralmente, la sujeción de la experiencia a los marcos técnico-institucionales, sin visión sobre la salida al problema político instalado. Se mantiene en la dirección hasta el momento en que se desatan los conflictos de manera pública entre el SSS y la UGPS. Su primera lealtad, será entonces, la administración técnica de la zona, desde las perspectivas normativas y centrales que le han sido encomendadas, con escaso potencial de innovación, y con una mirada centrada en el cumplimiento de estándares e indicadores de gestión. En su discurso encuentra que los chilotes tienen razón respecto de sus problemas y demandas, pero eso no es vinculado con las decisiones que, en tanto Dirección, está siendo compelida políticamente a asumir. Se posiciona entonces como un actor clave en las dificultades de negociación política de las salidas para la experiencia con el nivel central. No se siente o no se atreve a usar sus atribuciones.

El conflicto conduce a un cambio en la dirección del SSS. La nueva dirección está representada por un profesional trasladado desde Santiago, con capacidad, liderazgo político y claridad sobre los contenidos y proyectos de la reforma de salud en curso y dotado de poder de decisión desde un alto nivel del Ministerio de Salud para resolver el conflicto. Su visión es dar una solución política al “problema de Chiloé” enrielando la experiencia en los mecanismos e instrumentos de cambio que se instalarán a partir de la reforma de salud. Su visión más compleja y más amplia de las problemáticas de salud en la Región hacen que la situación de Chiloé sea para él una prioridad secundaria.

Las relaciones con estos directores irán desarrollándose de diferente manera e intensidad a lo largo de la experiencia. Sin embargo desde el comienzo de las relaciones, la percepción desde la Provincia, de que ambos son actores que nunca han tenido un real compromiso con Chiloé, y prima la desconfianza de que no estarán dispuestos o lograrán asimilar una potencial pérdida de poder con la autonomía provincial de la gestión de salud. En el curso de la interacción pasarán de una relación inicial que busca construir colaboración y confianzas a la de una profunda desconfianza y descalificación mutua.

Las primeras interfaces locales

Un hito importante es que a partir de estos referentes, se comienzan a generar diversas instancias de conversación, diálogo y reflexión, en seminarios y encuentros²⁵, que si bien es cierto mantienen a los diferentes actores trabajando en sus respectivos enfoques y

²⁴ Esta visión hoy se ve respaldada por una Unidad de Salud Complementaria dentro de la Dirección provincial, en la cual su cabeza directiva es también el encargado de toda la región en estos temas.

²⁵ Como ya se mencionó, los espacios de encuentro se generaron en distintos talleres y seminarios impulsados desde el Centro de Salud Comunitaria Salvador Allende de Omar Vejar, los Seminarios de Salud Intercultural del Concejo de Caciques y los encuentros organizados por el Ministerio de Salud y el Hospital de Castro, donde participan activamente los funcionarios del ex – DESICH.

quehaceres, logran generar una mirada sobre la salud con aspectos distinguibles, y también visionarios para los modelos imperantes en el país sobre salud pública:

Un primer campo de encuentro son las Jornadas de Atención Primaria a comienzos de los 90 que convocan a un ejercicio interdisciplinario que convoca a antropólogos, periodistas, psicólogos, abogados a través de las sociedades profesionales a dialogar sobre la salud. Se concentra en una comprensión y adhesión común, desde el enfoque de una medicina social, con un alto énfasis de la promoción en salud, la participación comunitaria, la horizontalidad en las relaciones y la descentralización en la gestión. Involucra en un liderazgo más amplio y visible a los profesionales y funcionarios que se habían dedicado a la asistencia a las comunidades rurales y que inician el trabajo con las comunidades Williches.

También, el liderazgo en la generación de un espacio de reflexión va siendo disputado por el directivo médico de la ONG llegado desde el exilio desde 1992. La visibilidad de esa instalación contribuye y estimula la búsqueda por encontrarse con otras profesiones para *“reconstruir un sistema de salud que sea acorde a las características chilotas.”* (Omar Vejar)

Adicionalmente, y junto con la aparición de circunstancias climáticas de emergencia en la zona – temporal de 1993 –, se dinamiza un segundo polo de movilización y encuentro ya descrito, relacionado con las condiciones en las que se encuentra del Hospital de Castro y la relegación sentida por los actores de la salud y la comunidad en general, de Chiloé y su situación de salud. Los gremios se integran al proceso y decanta el levantamiento y adhesión generada ante los proyectos claves de la experiencia: la Normalización del Hospital de Castro – que genera un gran consenso en todos los actores y la creación de un Servicio de Salud autónomo para la Provincia, que expresa el anhelo de descentralización. Esta se encarna más profundamente en los actores locales con visión sobre las limitaciones que serán permanentes ante la falta de recursos del sector y que ligan esta visión a un proyecto político que abra camino a la descentralización.

Los funcionarios del Hospital, desdoblados en actores gremiales, comienzan a hacer reuniones en distintas comunas con la población, hasta llegar a una gran asamblea donde comienzan a hablar de la separación del SSS Llanchipal, dada la insensibilidad y falta de recursos para mejorar las condiciones hospitalarias en la zona. Los funcionarios públicos donan un día de sueldo *“para el hospital de Castro. “Por primera vez la gente del hospital sale a la comunidad y van a mostrar su realidad y además van a hacer conciencia de la situación”* (Gladys Aguilar)

Este momento marcará el comienzo formal de las interfaces, negociaciones y encuentros que se seguirán manteniendo con las autoridades regionales y nacionales para conseguir estas demandas. En este punto, se genera una gran adhesión de todos los participantes y de la comunidad en general, y se crean instancias organizativas de discusión constante, para generar una demanda articulada ante el gobierno: un Comité de Desarrollo del Hospital de Castro y reuniones semanales en la Iglesia de Castro. El enfoque en construcción, dice relación justamente con acercar a la comunidad a las problemáticas de salud; generar una instancia más cercana, apropiable, desde el compromiso de los actores locales con un ideario común.

El liderazgo lo asume la dirección del hospital de Castro. Su objetivo generar miradas comunes, fortalecer la idea de que el hospital era de la comunidad buscando instalar un proceso participativo de carácter horizontal con las diversas expresiones de la comunidad que han respaldado la movilización por las condiciones materiales del hospital. Nace allí el Consejo de desarrollo del hospital de Castro. En este sentido esta visión se hace cargo de la larga historia de ayuda al hospital desde la comunidad.

Un momento clave, lo marcará una serie de reuniones que se comienzan a generar entre representantes provinciales institucionales y gremiales, y representantes del Ministerio, incluyendo la presencia del propio Ministro de Salud de la época – 1994, 1995 –, Carlos Massad. En este espacio se plantean las demandas de la comunidad chilota, y el Ministro se compromete a desarrollar el proyecto del Hospital de Castro dentro del período presidencial de Frei, poniendo como plazo máximo 1997. El balance para la dirección del hospital es haber

obtenido un compromiso desde el Ministro *“de al menos mejorar el hospital, cambiar el hospital, mejorarlo, no sé, implementarlo, hacerlo un hospital más resolutivo. Compromiso que nunca se cumplió, compromiso que estuvo lleno de engaños”*; (Dr. Ferrada)

Pese a que la dinámica de organización, fundamentalmente gremial, sigue en pie, los compromisos políticos no se cumplen, generándose un primer polo de conflicto y frustración. El Colegio Médico comienza a tomar especial protagonismo en este momento adoptando un estilo de acción y liderazgo que se orienta a difundir y denunciar las condiciones de abandono de este establecimiento y de la población en general lo que acarrea las primeras dificultades con la Dirección del Servicio de Salud Llanquihue, Chiloé y Palena. Diversas acciones se levantan, como mantener turnos voluntarios - que se sostienen durante dos meses- por parte de algunos médicos, generar reportajes y notas periodísticas sobre la situación de manera permanente y publicar en la prensa las opiniones vertidas en reuniones.

En ese momento la institucionalidad regional reacciona sumariando al director del hospital de Castro. *“El proceso no siguió porque se truncó y se truncó porque la autoridad no respondió... o sea, generó grandes desconfianzas, porque después de este veranito de San Juan que tuvimos vino una intervención del hospital con una serie de autoridades y empresas, una serie de cosas y un sumario administrativo que fue dirigido a nuestro juicio como una manera de sancionar esta especie de revolución”* (Dr. Ferrada).

Durante este proceso, se implementan diversos proyectos de inversión y equipamiento en un esfuerzo importante desde el SSS Llanquihue, los que si bien contribuyen al mejoramiento, son menores respecto de las demandas de inversión y de cargos de profesionales que surgen desde el hospital.

Luego vendrá el momento de la campaña presidencial de 1999, en la que, con la llegada del candidato presidencial Ricardo Lagos, comienza nuevamente a rearticularse la movilización social por el logro de los objetivos ya mencionados. Los compromisos del candidato serán claves para la dinámica que prosigue. En un discurso público en 1999, éste se compromete a levantar un Servicio de Salud Autónomo en la provincia y un Hospital de mayor resolutividad en Castro²⁶.

Es en este momento y con ese horizonte que se termina de conformar un referente local que se articula en torno a una primera lealtad: el compromiso con los objetivos y demandas de la comunidad de parte de los actores de la Provincia. En este referente se juegan desde el comienzo la confianza de parte de algunos actores y la desconfianza de otros en la estructura institucional; la lógica de potenciar la autonomía **por sobre los requerimientos y normativas institucionales del SSS regional**, si es que fuese necesario y con el respaldo del mandato del Presidente de la República, si este es electo y la de negociación atendiendo a la viabilidad de las posibles soluciones. Estas visiones marcarán en parte la tónica de relación con la autoridad del SSS Llanquihue hacia adelante.

A pesar de ello, se articula el activo que trabajará intensamente por la campaña presidencial de Ricardo Lagos en la provincia postergando el quehacer en torno a la salud, pero ligando su destino a la promesa presidencial.

II) La Mesa de Trabajo

La Mesa de Trabajo como espacio de interfaz entre actores de diversa proveniencia se conforma hacia el año 2000, a partir del impulso al debate sobre la reforma de salud que da el MINSAL en todo el país. La Ministra de la época, ya electo Ricardo Lagos cumple el mandato de visitar la Provincia para- en forma presencial- abrir el debate sobre la reforma de salud y conformar una instancia, que busque una salida al problema insular de la salud de Chiloé, desde las claves de los contenidos e instrumentos que abrirá el proyecto de ley de la reforma. En su primera visita, no tiene antecedentes sobre los conflictos preliminares, no conoce la promesa que ha hecho Ricardo Lagos candidato, desconoce la acumulación y dinámica local previa en torno al debate de salud.

²⁶ Estas palabras, serán posteriormente ratificadas en su condición de Presidente en el año 2000.

El SSS Llanchipal, acompañante de la ministra, ha “olvidado” los conflictos, intereses y dinámicas previas: la acompaña a conformar la mesa para abrir una carpeta nueva de diálogo con actores locales. Las lógicas y visiones del territorio tienen como norte el mejoramiento del Hospital de Castro y la demanda de autonomía para la gestión de la salud en Chiloé a través de la creación de un Servicio de Salud. Ya hay nociones respecto de los instrumentos legales que factibilizarían su creación en el marco de la ley existente y de las atribuciones presidenciales para hacerlo.

Esta lógica se encuentra con las lógicas técnicas ministeriales e institucionales, que tienen la promesa de un proceso de reforma nacional, de modificación de los principios estructurales del sistema que afectará a las regiones, provincias y comunas. En los técnicos del Ministerio de Salud existe un cuestionamiento a la creación de SSS como medios para mejorar la equidad y gestionar la salud en el país, así el llamado a los actores locales es a postergar esta demanda y trabajar en torno a las propuestas y desafíos que sitúa la reforma de salud. Los principios de estos cambios son aún generales, se esta recién concibiendo el cambio, no aparecen claras las atribuciones que existirán en los niveles locales. El proyecto de ley está en elaboración y debe pasar por una serie de negociaciones – con actores gremiales, funcionarios, profesionales-prestadores privados de salud en el país- pero por sobre todo por una negociación política a nivel parlamentario, donde las visiones de país, sobre el rol del estado y el mercado y la eficacia de ambos son sustantivamente diferentes

A partir de la conformación de la Mesa de Trabajo, se genera un espacio sistemático y formal de interfaz entre los actores participantes de la instancia, principalmente provenientes desde los ámbitos político – administrativo y ministerial, gremios y funcionarios de la salud provincial, y en menor escala, comunidad general.

La Mesa de trabajo estuvo conformada principalmente por representantes del sector público y comunitario²⁷. La Mesa funcionó durante un periodo inicial de cuatro meses en los cuales tuvo cuatro instancias de reunión con representantes del MINSAL y otras tantas de sus representantes más locales (sin MINSAL), reuniéndose alternadamente en Castro y Ancud.

En un comienzo se trató de dividir la Mesa en dos comisiones de trabajo (técnica y participación social), sin embargo, por razones de mayor operatividad y eficiencia, luego tomó la forma de un grupo técnico de trabajo que tenía un rol más activo en el trabajo. Esta Comisión técnica estaba conformada por un representante del Servicio de Salud Llanchipal²⁸, un representante de la Secretaría Regional Ministerial²⁹; Comisión Técnica de la Gobernación³⁰; representantes de la comuna de Ancud³¹; Federación Nacional de Trabajadores de la Salud³²; el Director del Hospital de Castro³³ y ³⁴. Esta Comisión Técnica, realizó un trabajo muy directo y posteriormente se convirtió en la Comisión Redactora del informe final de la Mesa de Trabajo.

²⁷ Entre los principales actores se encontraba el MINSAL (Unidad de Gestión de Servicios y Departamento de Estudios); la Secretaría Regional Ministerial de Salud, el SSS Llanchipal; los Hospitales de Castro, Ancud y un representante de los hospitales tipo IV de la provincia; gremios de la salud (FENATS, APRUS, Colegio Médico, Asociación de Funcionarios Municipales de Salud); Asoc. De Municipios de Chiloé; Poder Legislativo (diputados y senador del distrito); Gobernación Provincial (a través del Gobernador y de una Comisión Técnica especialmente nombrada); Unión Comunal de Junta de Vecinos de Castro; Grupo de Amigos del Hospital de Ancud; Consejo de Desarrollo del Hospital de Castro. Algunos representantes comunitarios tuvieron un rol activo en diversos momentos y otros acuden esporádicamente

²⁸ Dra. Loreto Lorca

²⁹ Asesor Cristian Rojas y ocasionalmente SEREMI Raúl Koch

³⁰ Gobernador Víctor Hugo Márquez, Bernardita Caro y Carlos Sovier

³¹ Amigos del Hospital de Ancud: Francisco Mutizabal

³² Juanita San Martín;

³³ Luis Ferrada

³⁴ Efrain Rojas, Jovita Cárcamo y Omar Vejar

La forma de trabajo, además de las reuniones periódicas de discusión, contemplaba la consulta a expertos sobre temas que no manejaban los miembros de la Comisión y que eran necesarios para desarrollar las propuestas de la Mesa, tales como finanzas, proyectos, funcionamiento de reparticiones, personal, enfoque sociocultural. Así también se apoyó en información generada por otros servicios para fundamentar algunas de las necesidades planteadas.

En el trabajo y resultados de la Mesa fue relevante la presencia y el rol desempeñado por su presidente, el Gobernador de la Provincia, quien puso su expertismo y cargo al servicio de la provincia, teniendo una destacable conducción del proceso, tanto en su impulso, seguimiento y conclusiones, dándole valor a todos los actores, sin *obnubilarse* con los organismos del sistema público o los actores de mayor jerarquía. Este rol fue clave para que la demanda de la Mesa se viera como una demanda provincial levantada desde el sistema público y la comunidad provincial.

Las etapas del trabajo de la Mesa se pueden delimitar de la siguiente manera:

- Contar con antecedentes y diagnósticos y definir tópicos para mostrar las necesidades de mejorar el sistema de atención basándose en una mayor autonomía y gestión, de manera de con ello respaldar la petición de autonomía en salud y la promesa de Lagos de hacer un SS para Chiloé.
- A partir de lo anterior, identificar áreas problema que serían necesarias de desarrollar más detalladamente.
- Elaborar propuestas de intervención (diseño de la red de salud, modelo de gestión, participación comunitaria); decantar los proyectos identificados como necesarios en perfiles de proyecto; calendarizar las acciones establecidas.
- Establecer conclusiones a partir del desarrollo de la propuesta
- Se establecen propuestas.

En esta mesa, se levantan diversas visiones y propuestas respecto del mejoramiento de la salud Provincial que conducen a tres conclusiones, la primera de ellas se confronta sustancialmente con el nivel central y regional: *“Chiloé requiere un Servicio de Salud autónomo, requiere mejorar el acceso y requiere mejorar la participación social.”* Junto a ello *“una serie de proyectos que necesitaban de los fondos regionales”*. Este espacio de encuentro de actores modifica de hecho el cuerpo que otorga las directrices y el mandato de lo que se hará para abordar el problema de la salud de Chiloé.

Al interior de este espacio, se toman decisiones y acuerdos a través del consenso y el acuerdo de palabra, asumiéndose que luego estos acuerdos, que se formalizan a través de actas y protocolos firmados, se cumplirán: *“En la mesa se tomaron la mayoría de las decisiones, la mesa tomó muchos acuerdos de palabra, muchos acuerdos de... así es como somos los chilotes, muchos acuerdos de buena voluntad”* (Gladys Aguilar)

Finalmente, estas problemáticas y acuerdos, identificadas a lo largo de las diferentes reuniones y a través del trabajo de las comisiones articuladas, culminan en un documento general que resume las principales problemáticas que evidencia la salud en la Provincia, sus posibles soluciones. En este se fundamenta y define progresivamente, y luego de una larga discusión en torno a argumentos técnicos y políticos, la necesidad de generar una instancia autónoma de gestión para la salud, que logre administrar y articular de forma más óptima y oportuna la red asistencial y recursos existentes en la provincia. Los propósitos generales definidos para la reforma de salud expresados como el mejoramiento de la calidad y el acceso equitativo y oportuno de la población a la salud y la necesidad de articular la red de atención para alcanzar esos propósitos – le dan sustento ético y orientación a la propuesta de descentralización provincial.

Se explicita en este documento las profundas debilidades que evidencia un modelo centralista, burocrático y alejado de las necesidades de la realidad local. En torno a estos aspectos y documento el núcleo más activo y los actores claves evalúan la positiva adhesión de parte de los actores, tanto políticos como sociales, de Chiloé. Los actores han comenzado a cuestionar las normas, reglas y recursos que estructuran el sistema de gestión de salud de la Provincia. *“Entonces nos dimos cuenta de que las autoridades elegidas, los diputados, en el congreso, en*

el Ministerio de Salud, las organizaciones obreras, la CUT, todos estábamos con la misma visión de autonomía y mejorar nuestra salud” (Omar Vejar)

Relaciones de adhesión y conflicto entre actores de la mesa

Para comprender los procesos que se generan al interior de este espacio, resulta clave conocer cuáles son los sentidos representados desde sus diversos actores:

Por una parte, las representaciones de los *Gremios de la Salud* son quienes defienden más activa y radicalmente el proyecto de autonomía, desde las diferentes ramas de la actividad de salud³⁵ y una visión fundamentalmente provincial. Representan, además, intereses de sus propias actividades, en tradicional tensión con las autoridades ministeriales, tensiones que se polarizarán en este espacio, el cual incluso llegará a transformarse en la instancia provincial de negociación y discusión de éstos.

Es importante mencionar que estos actores gremiales son a su vez funcionarios de los distintos establecimientos de la salud, ya sea municipalizados o de hospitales de Chiloé, y que dentro de esta Mesa se identificarán con posturas autorreferidas a la “sociedad civil” más que institucionales.

Los Actores políticos de la Provincia : participan dentro de la mesa diputados y senadores del distrito, quienes manifiestan un desigual apoyo al proceso, destacándose sólo dos de ellos – de derecha por su presencia constante en las reuniones tras intereses de legitimidad política local. No asumirán sus roles dentro del parlamento o usarán sus medios para buscar soluciones efectivas. Los parlamentarios de la coalición en el gobierno definirán sus lealtades con el proyecto político de cambios en la reforma de salud que se impulsa, manteniéndose distantes del conflicto.

El Gobernador Provincial en cambio – de origen chilota, profundo conocedor de la realidad local en todos sus campos- se constituye en un soporte clave para el quehacer de la mesa y para el respaldo a la demanda descentralizadora. Su vinculación a una mirada de promoción de la participación social, su adhesión a la demanda histórica del mejoramiento de la calidad de la salud para la Provincia, las particularidades socioculturales que ameritan tal iniciativa, le hacen respaldar este componente central de la demanda y propuesta provincial. El aporta una visión sobre la necesidad de negociar los instrumentos que le den viabilidad política a un proceso de autonomía. Este gobernador es luego cambiado por otro, en el momento más álgido del conflicto y de mayor ruptura entre las instancias provinciales y regionales. El que llega redefine su respaldo a las visiones técnicas e institucionales de nivel regional, aunque ya en un contexto de pérdida de legitimidad de los actores claves de la experiencia.

Los Alcaldes de la Provincia. Estos concurren primero a título personal, pero luego se van activando de conjunto para dar origen a la Comisión de Salud de la Asociación de Municipalidades de Chiloé, comenzando a plantear en la instancia sus propias problemáticas de gestión y recursos en salud. . Estos actores, si bien demandan demandas y propuestas relevantes - que cuestionan las reglas, normas y recursos con los que se estructura el funcionamiento del sistema “ mejoría en el sistema de asignación de recursos para la atención primaria, el “per – cápita”³⁶ e inducen a cambios en las propiedades respecto de cómo este funciona “ mejorar las relaciones de coordinación para la derivación de pacientes hacia el nivel secundario y terciario de atención”; utilizan este espacio desde una visión más instrumental y “política” para hacerlas explícitas y conseguir soluciones inmediatas. La descentralización provincial, la creación de un SSS autónomo aparece como posible en sus escenarios y visiones, pero no están vinculados ni comprometidos centralmente con los cambios en la gestión de salud. Aquí se expresan centralmente el sentido con que se hizo el traspaso a las municipalidades de la atención primaria y de la educación en 1981, definidas como un administrador local sin ingerencia directa en la gestión técnica, y donde ha ido instalándose poco a poco en los últimos diez años el desafío de asumirla desde la noción de gobierno local. ,

³⁵ Colegio Médico, Colegio de Enfermeras, Asociación de Funcionarios de la Salud Municipalizada, Asociación de Funcionarios de la Salud

³⁶ El Sistema Per Cápita ...

Los representantes del Ministerio y el Servicio de Salud. Desde la visión más propiamente ministerial e institucional, diversos actores confluyen y participan de esta instancia, desde la propia Ministra de Salud, los emisarios y representantes ministeriales de nivel regional y nacional, y las cabezas de la Dirección del Servicio de Salud Llanquihue, Chiloé y Palena; la Seremía de Salud y sus asesores.

Todos ellos representan una mirada fundamentalmente técnica y política de los diversos aspectos involucrados en la discusión, mucho menos enfática y cercana a las aspiraciones y miradas provinciales de descentralización pero de algún modo abierta a propuestas de cambio que no alteren los cursos que marcará la reforma que ha sido diseñada y que se encuentra en proceso legislativo. Sus planteamientos son de diferente orden: no consideran política, técnica ni jurídicamente viable la creación un SSS para la provincia. No usarán las atribuciones legales que al respecto tienen para dar curso a esa demanda. Comparten la necesidad de mejorar el nivel de resolutivez del Hospital de Castro. Sin embargo desconfían de la posibilidad real de que existan profesionales médicos y especialistas interesados en llenar los cargos que el cambio del nivel de complejidad deberá abrir. Los recursos de inversión para hacer tales cambios los proyectan a varios años. Comparten la idea de entregar a Chiloé las atribuciones que permita la nueva ley de autoridad sanitaria o de coordinación de la red de salud. Saben que las atribuciones de estas instancias serán recortadas en el parlamento por los intereses del sector privado y la posición de la derecha. No tienen certidumbres respecto a que ofrecer, lo que hace que en parte sus planteamientos no tengan transparencia y más bien jueguen a la dilación.

En efecto, en un primer término estos actores son más bien enviados en calidad de “apoyadores” o “asesores” de los procesos en marcha tras objetivos de alcanzar soluciones. El diálogo respecto de la demanda central de la Mesa de Trabajo “El SSS autónomo” si bien es materia de discusión y desavenencias en la mesa, la confrontación respecto de este punto no adquirirá un carácter abierto sino hacia el final del conflicto. En la fase previa, plantean sus puntos de vista, pero “delegan tareas” en la mesa de trabajo y luego en la Unidad de Gestión Provincial - (solución concebida como intermedia dada la presión de la mesa y el interés y mandato proveniente del ministerio, de abordar soluciones para el territorio insular -) para proponer soluciones jurídicas viables que den curso a la descentralización. Hacia el final del proceso, llegarán en calidad de *negociadores* a las sesiones de la Mesa de Trabajo: la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, **el Subsecretario de Salud y su Jefe de Gabinete (de gran relevancia hacia el final)**

Desde el nivel central, si bien la Mesa partió impulsada desde la propia Ministra de Salud, la no explicitación inicial, clara de la inviabilidad de las demandas de autonomía, especialmente desde los asesores ministeriales, será un nudo fundamental para avanzar con las tareas y acciones a emprender, sobre todo cuando el apoyo político decae hacia el final del proceso: *“La constitución de la mesa y todo eso, yo creo que se vio bastante fácil porque había una voluntad de la ministra en el tema, hizo los esfuerzos necesarios para que el tema saliera adelante, pero insisto nos encontramos con esa posición por parte de la gente del ministerio, que yo creo que lo peor de todo fue una posición velada, o sea si hubiera sido una posición explícita, yo creo que hubiéramos avanzado mucho más rápido, porque tú sabes cuál es la posición del otro lado, y me imagino que en ese momento se pueden llegar a puntos de acuerdo, pero nunca manifestaron de que su voluntad era esa aunque uno la intuía.”* (Ex – Gobernador, Víctor Hugo Márquez); *“Entonces en definitiva, cuando la Ministra viene, nosotros pensamos que esto se iba a firmar e iba a ser un hecho. La Ministra la verdad es que llegó y no firmó nada, o sea, en la práctica no se comprometió a nada”* (Dr. Ferrada)

Los Actores comunitarios y los Funcionarios de los establecimientos de la salud

Adicionalmente, participaban en esta instancia de manera irregular un grupo de funcionarios directivos de la atención primaria, secundaria y terciaria, no necesariamente vinculados a las visiones gremiales, y con un rol bastante menos protagónicos en el levantamiento de propuestas, aunque con una cercanía básica en los temas de dotar de mayor autonomía de gestión a la provincia.

Desde la comunidad no vinculada directamente a la salud, participaban también algunos representantes. Es fundamental enfatizar que la representación eminentemente comunitaria estuvo bastante restringida en la articulación y convocatoria de la mesa, esto, porque fundamentalmente se le miraba como una instancia mucho más técnica y política, que social en término estricto. La participación de la sociedad civil, estuvo, en este marco, mucho más orientada a la de los gremios de la salud. Sin embargo participan con alta frecuencia un par de dirigentes vecinales de una de las comunas de Chiloé, un representante de la Central Unitaria de Trabajadores (CUT) y, hacia al final, un representante del Consejo de Caciques de Chiloé.

“La comunidad siempre ha estado en desventaja con relación a la representación, es decir, siempre esta mesa ha sido de carácter técnico, a lo mejor hay patudos como yo que se meten a hablar con ustedes” (Mutizabal, Mesa de Trabajo 11 de Julio).

Esto abre un fuerte flanco de cuestionamiento a la representatividad de la mesa de trabajo y a sus propuestas desde la dirección del SSS Llanchipal posteriormente y hacia el final del conflicto: *“La mesa de trabajo, la experiencia que tuve yo con la mesa de trabajo tampoco fue muy buena, porque una mesa de trabajo que no es representativa, o sea, hoy día no estamos en un gran momento de participación social, entonces lo que dicen estos supuestos dirigentes que representan a las comunidades” (Yury Carvajal)*

De esta forma, la sociedad civil en términos estrictos, está más bien representada desde las organizaciones gremiales. Resulta interesante visualizar cómo, a lo largo de cada reunión, van confirmándose y afianzándose ciertas visiones y adhesiones en esta mesa respecto de las estrategias a seguir, así como desenvolviéndose las primeras tensiones por lógicas e intereses entre los actores con mayor sensibilidad a la problemática y capacidad de propuesta de Chiloé y los agentes más técnicos y directivos de la institucionalidad regional y central.

Lo relevante en esta etapa del proceso es que todos los actores, locales, provinciales, institucionales regionales y nacionales, políticos y sociales, reconocen y legitiman la Mesa de Trabajo como la instancia de interacción, diálogo y negociación sobre las directrices de la resolución del conflicto de salud en Chiloé. Eso traslada el eje de diseño de la política desde lo institucional a una mixtura de actores que ejercen ciudadanía activa, involucrándose en las propuestas y soluciones. En el sentido colectivo de los actores locales está la imagen de un mandato que emana de la comunidad, no de la institucionalidad de salud, y que cuenta con el respaldo de la palabra del Presidente de la República.

Igualmente, en este espacio se confrontan una lógica más bien “civilista” y “chilota”, vinculada a la identificación con las soluciones locales planteadas y una más “técnica” y “política”. Esta confrontación luego comenzará a decantar en conflictos de **institucionalización** y de visiones **relacionadas con la modernización de la salud**, los **intereses más inmediatos de mejorar la situación de resolutivez** del Hospital de Castro y la eventual postergación de los intereses del Hospital de Ancud, el otro polo urbano de la Provincia.

Los resultados del trabajo realizado por la Mesa están plasmados en los tres tomos del documento ‘Servicio de Salud Modelo para Chiloé y Mejoramiento de la Salud Provincial’, elaborado por el equipo técnico de la mesa y la comisión redactora. En ella participan miembros de Minsal y del SSS Llanchipal, lo que le da legitimidad institucional al documento. Además se identifican otros resultados y logros que no quedaron directamente plasmados en el documento: la cohesión de los actores chilotes de la Mesa frente a la propuesta de SS modelo, lo que determinó que el Servicio de Salud tuviera que buscar una salida para dar respuesta a esta demanda (creación de la Unidad de Gestión de salud Provincial); se ejerció el trabajo de actores diversos bajo un objetivo común; se levantó una demanda de participación de los trabajadores de salud en sus establecimientos (al que no se le pudo dar posterior seguimiento). Se incorporó en la mentalidad de los actores participantes el que sin la participación de la comunidad no hay logros en salud que vayan más allá de lo epidemiológico.

III) La Unidad de Gestión Provincial de Salud de Chiloé.

La Unidad de Gestión Provincial de Salud de Chiloé se crea en Noviembre del 2000, es decir, después de 4 meses de funcionamiento y negociaciones al interior de la Mesa de Trabajo y fue

uno de sus logros relevantes. El Tomo I, página 3 del documento señalado³⁷ señala “la inexistencia de un organismo local, capaz de administrar los recursos humanos, materiales y financieros que implica el desarrollo del accionar del sector salud y que considere las especificidades de la Provincia en su aplicación”. De este problema la Mesa de Trabajo deriva una de sus tres principales conclusiones “la inexistencia de un organismo provincial necesario, que administre la red en forma local, atendiendo las especificidades del Archipiélago, responsable de la aplicación del modelo”.

Dado que la Mesa ha propuesto como solución la creación de un Servicio de Salud Modelo para la provincia y el nivel ministerial y regional no tienen acuerdo con esta propuesta, se ingresa en una fase de negociación - que en la estrategia de parte de los actores locales que ejercen el liderazgo - se orienta a no perder los avances logrados hasta el momento.

El consenso alcanzado hace referencia a que, “dado que para implementar una solución como la propuesta es necesario un estudio previo y tiempo para su legislación, la necesidad inmediata es la creación de la Unidad de Gestión de Salud Provincial para Chiloé”³⁸. El mandato de la mesa es que ésta, en un plazo de vigencia de dos años, tendrá por objetivos el desarrollar el proyecto de creación del Servicio de Salud modelo, la conducción de la red de salud existente de acuerdo a funciones delegadas por el Servicio de Salud, iniciar la aplicación del modelo de salud propuesto y elaborar y ejecutar los proyectos planteados por la Mesa de Trabajo³⁹.

De esta forma, por resolución exenta del Servicio de Salud Llanquihue se crea la Unidad de Gestión Provincial de Salud a partir del 2 de noviembre de 2000 y con un plazo de funcionamiento de dos años a partir de su creación. En dicha resolución se hace referencia a que por indicación de la Ministra de Salud y en relación al estudio para la creación de un SSS modelo para Chiloé y el mejoramiento de la salud provincial, se crea la Unidad de Gestión Provincial.

Según la misma resolución, la UGP estaría conformada por: Un Médico Cirujano, Director, un profesional del área de las Ciencias Sociales (sociólogo, antropólogo o asistente social); un profesional del área administrativa (Ingeniero, administrador público); una enfermera; una nutricionista; una educadora sanitaria; un médico veterinario; un administrativo; un auxiliar de servicio. Se asignan además los profesionales pertenecientes al Depto. de Salud Integrado de Chiloé (Desich) los que pasan a depender técnica y administrativamente del Director de la UGPS.⁴⁰

Los cargos de enfermera, nutricionista, educadora sanitaria y administrativo corresponden a los recursos humanos del Desich, que si bien antes de la creación de la UGPS estaba radicado en el Hospital de Castro, cumplía funciones de apoyo a la red asistencial de la provincia. Para funciones más específicas se contó con el apoyo del Hospital de Castro, con horas de funcionarios (ej. Subdirector Administrativo del Hospital; enfermera a cargo de proyecto de normalización del Hospital de Castro). El cargo de médico veterinario corresponde al Jefe del Depto. de Salud Ambiental, dependencia que debía quedar en la UGPS, pero que en términos prácticos no ocurrió durante el periodo de funcionamiento de la UGPS.

³⁷ Un Servicio de Salud Modelo para Chiloé.

³⁸ Protocolo de acuerdo de Noviembre del 2000

³⁹ Propuesta “ Servicio de Salud Modelo para Chiloé”

⁴⁰ En la práctica, el equipo que participó en forma más permanente del proceso estuvo conformado por su Director (Omar Vejar, Médico), Matrón (Hugo Rebolledo), Enfermera (Bernardita Caro), Nutricionista (Galia Navarro y posteriormente en su reemplazo Paola Vivallo), Antropóloga (Alejandra Leighton), Secretarias (Alejandra Navarro y Geovanna Vargas), Enfermero (Juan Carlos Romo) y Periodista (Gladys Aguilar). En relación al enfermero, su inserción en el equipo se debió a gestiones realizadas desde la UGPS ante el Servicio de Salud dada su experiencia en el tema de salud ocupacional y por tratarse de un cargo de General de Zona (recursos aportados por el MINSAL). Una de las secretarias y la periodista, no contempladas en la resolución de creación de la UGPS, fueron incorporadas dadas las necesidades de la Unidad como contratación de servicios a terceros.

Las visiones del mandato y las estrategias de negociación y presión.

Desde la visión del SSS Llanchipal, esta unidad se crea con tres mandatos institucionales: generar los proyectos que permitan mejorar el nivel de resolutiveidad del Hospital de Castro, los que deben dar cuenta de las normativas que establece el Sistema Nacional de Inversiones del país⁴¹; formular una propuesta de coordinación de la red de salud de Chiloé y proponer una alternativa jurídica viable para delegar la gestión de salud en la isla.

Desde los actores locales que se integran a la Unidad de Gestión, sus objetivos estaban claramente identificados en el Tomo I de la Mesa de Trabajo, así como en la resolución que la creaba. Ello incluía: desarrollar el proyecto de creación de Servicio de Salud Modelo para Chiloé; coordinar las acciones de salud en la red sanitaria de la provincia de Chiloé; iniciar la aplicación del modelo de salud propuesto en el documento "Servicio de Salud Modelo para Chiloé y Mejoramiento de la Salud Provincial"; Elaborar y ejecutar los proyectos propuestos en el documento antes señalado; cumplir otras funciones que le encomiende la Dirección del Servicio de Salud. Es decir, ampliaban notoriamente sus roles y funciones.

Así, desde un primer momento, el liderazgo de este equipo, marca una orientación sobre las prioridades a trabajar de acuerdo a sus propias visiones y al mandato de la mesa de trabajo. Los actores del espacio buscan, de este modo, configurar nuevas normas, reglas y recursos desde el territorio y avanzan en su gestión modificando un conjunto de líneas y acciones modificables desde su espacio y legitimidad. En su estrategia, el objetivo principal es abocarse a instalar territorialmente y afianzar el instrumento, obtener el apoyo y adhesión en los actores de salud de la provincia (equipos y autoridades locales) lo que, desde su visión, permitiría luego poder exigir cambios mayores. De esta forma, obedece a una lógica totalmente diferente a su mandato de origen e incluso disidente frente a su institucionalidad. Allí, las relaciones se irán deteriorando entre sus referentes ministeriales a nivel nacional y regional.

"Porque si hay algo que distingue a la Unidad de Gestión (...) es que la Unidad de Gestión fue creada por el Ministerio directamente y obedece al mandato del presidente de la República de crear un Servicio de Salud autónomo para la Provincia (...) La unidad de Gestión siempre estuvo tensionada durante este proceso a todas las dificultades que se generan al interior por el tema técnico, estuvo tensionada por las relaciones técnico institucionales" (Manuel Muñoz, unidad de salud complementaria Wichille).

"Nosotros pensamos que la Unidad se conforma a través de un conflicto, conflicto de intereses del Estado y la gente de la provincia con respecto a la propia institucionalidad del Estado" (Omar Vejar)

Si bien en el origen, esta instancia es apoyada y frecuentemente visitada por representantes ministeriales, que desde algunos estamentos comienzan a legitimarla y mirarla como un posible modelo de respuesta a la crisis de los SSS. Pese a ello los cambios de ministerio unidos a traslados del personal con el que interactuaban directamente, lesionan este interés preliminar y fortalecen el polo de tensión con el Servicio a nivel regional. Este estará anclado en la propia autodefinición de este espacio, como uno que responde principalmente a la "voluntad popular" expresada en la Mesa de Trabajo, fuente de legitimidad de todo su accionar. "Nos damos cuenta de que hay que utilizar los instrumentos de trabajo que habíamos conformado tanto como la presión directa al gobierno y las autoridades y ahí empezamos a aparecer como generadores de presión política importante porque estábamos consensuados y estábamos apoyados por toda la comuna."; *Entonces nosotros pensando que surgimos de un conflicto, íbamos a tener cierta legitimidad o garantía para exigir o pelear" (Omar Vejar)*

⁴¹ Las exigencias está relacionadas con metodologías de trabajo estandarizadas a nivel nacional y plazos de integración al Banco Integrado de Proyectos (BIP) de carácter nacional. Desde allí el proyecto pasa a ser evaluado con metodologías estandarizadas por expertos sectoriales del Gobierno Regional o del Ministerio de Planificación, dependiendo de los montos de inversión. Una vez evaluado, si cumple con los requerimientos técnicos pasa a ser un proyecto elegible por el Consejo Regional o por el sistema de decisión sectorial. En esta etapa los proyectos elegible compiten entre sí por los fondos de inversión a nivel nacional, lo que da pie a numerosas negociaciones políticas con los decisores. Para ingresar un proyecto que postula a fondos al BIP se debe contar con un código de acceso, que es de manejo restrictivo a personas autorizadas.

En concordancia con sus objetivos y mandato se realiza la estructuración de funciones internas: el equipo dividió sus funciones a través de responsables de diferentes áreas de trabajo: Dirección (Dr. Omar Vejar), Proyectos (Hugo Rebolledo), Modelo de Atención y Red de Salud (Bernardita Caro), Promoción de la Salud (Paola Vivallo), Participación Social y Programa de Salud Intercultural (Alejandra Leighton), Comunicaciones y Relaciones Públicas (Gladys Aguilar), Red de Telemedicina, Salud Ocupacional y Administración de Recursos Financieros UGPS (Juan Carlos Romo).

La generación de esta instancia es asumida por los actores locales como una instancia de administración provincial de la salud en Chiloé, pero resulta desde un comienzo marcada por la falta de atribuciones legalmente afianzadas. El origen de esta Unidad de Gestión sólo se explicita a través de un Protocolo, de fácil revocación y término, por parte de la autoridad política. Esto marcará las interfaces que se seguirán generando entre las diversas instancias y espacios en interacción en la experiencia.

“Esta Unidad de Gestión se constituye a través de una resolución del 1º de noviembre del 2000 y desde ahí partimos mal porque la resolución no contenía todas las atribuciones que hubiesen permitido cumplir con los tres mandatos.” (Paola Vivallo)

Una vez creada la Unidad de Gestión de Salud y a pesar de que se opera con su mandato, la Mesa de Trabajo en cierta medida se inmovilizó. Esto se explica en que parte de la Comisión que trabajó en la Mesa pasó a conformar la UGPS; en el cambio de varios de los actores que habían participado en la Mesa de Trabajo (personas) y en que el fin para que el que había sido creada se había cumplido, quedando en manos de la UGPS la responsabilidad de dar cumplimiento al mandato de la Mesa. No obstante, durante el periodo de funcionamiento de la UGPS los integrantes de la Mesa de Trabajo se reunieron en dos ó tres oportunidades con el objetivo de informarse acerca de los pasos que seguía esta Unidad y la evaluación que hacía el SS del proceso. En esa fase los actores mantuvieron presencia en mayor o menor medida durante el periodo de existencia de la UGPS, sumándose a su vez otros, como el Consejo de Caciques, reparticiones públicas de nivel provincial (Dirección Provincial de Educación, Servicio Nacional de Pesca, etc.), empresariado, que van viendo la posibilidad de crear espacios de interlocución con los servicios desde el territorio, en torno a un núcleo ya conformado. Los equipos de salud tuvieron un rol más pasivo en la Mesa de Trabajo, etc.

La instancia es convocada por la UGPS para dar cuenta pública de sus actividades y resultados y en momentos críticos de negociación con el SSS Llanchipal.

El Proceso de construcción de una visión en torno a la gestión

La conformación de una visión de equipo de gestión responde a las demandas, sentidos y visiones previamente compartidas en la mesa, pero se va articulando en torno a prioridades que dan cuenta del enfoque en construcción desde este espacio. Estas van introduciendo cambios en las propiedades estructurales, pero limitada por la incapacidad de introducir cambios efectivos en la estructura (normas-reglas-recursos). Cuatro dimensiones adquieren centralidad: avanzar en la “descentralización” al interior de la isla; coordinar la red de salud, fomentar la innovación y potenciar la participación ciudadana. Paralelamente se hacen cargo del seguimiento de los programas de salud, la elaboración de proyectos y un conjunto de iniciativas, funciones y tareas.

Desde el punto de vista de las fortalezas habría que señalar, que la mayoría de estos recursos humanos tienen formación de postgrado en la Escuela de salud Pública de la Universidad de Chile; pero una importante dificultad es que sólo dos profesionales⁴² tienen experiencia en las normas, códigos y vericuetos del complejo sistema de administración de la salud. Como fortaleza central están las visiones compartidas en el equipo técnico de la Mesa de Trabajo y su propuesta, Un Servicio de Salud Modelo para Chiloé.

⁴² Provenientes de la ex –DESICH

i) La gestión en red de la salud

La Unidad desarrolló numerosos esfuerzos de apoyo a la gestión técnica - administrativa a que los establecimientos de Salud de la Provincia contaran con mecanismos de coordinación y gestión de la red a nivel provincial. Este es uno de los aspectos claves de la reforma de salud en curso, dado que la parcelación de recursos financieros, recursos humanos y materiales y de soportes administrativos se levanta como un nudo crítico central en la gestión de listas de espera de la población y para dar cuenta – desde el sistema público - del Régimen de Garantías que normará el Plan Auge⁴³. Sin embargo, es en este ámbito donde se manifestarán más frecuentemente las dificultades de gestionar con escasas atribuciones delegadas desde el Servicio de Salud.

La UGPS comienza a actuar como referente técnico para los equipos de salud comunales, sin embargo no tiene las atribuciones para conducir los programas de salud a nivel provincial ni es un ente descentralizado que pueda decidir respecto al uso de los recursos financieros y humanos necesarios para mejorar la red de atención.

Para ello cuentan con la buena disponibilidad, comprensión e iniciativa de los profesionales que ocupan cargos directivos y han sido partícipes de la Mesa de Trabajo, con quienes se van produciendo relaciones de respaldo y complementariedad. Entre las acciones destaca:

Proyecto de Cirugía Ambulatoria: La UGPS otorgó financiamiento, coordinación y seguimiento a este proyecto, impulsado por el Hospital de Castro, que contemplaba un plan piloto por tres meses de cirugía ambulatoria y atención domiciliaria para pacientes adultos con patologías crónicas con los objetivos de reducir días cama e índice ocupacional en los servicios de cirugía y medicina. El interés de la UGPS por este proyecto radicaba en la posibilidad de implementar esta estrategia de atención en el Modelo de Salud para Chiloé.

Apoyo a las gestiones para implementar un Hospital de Día en el Hospital de Castro: Se presentó ante Servicio de Salud Llanquihue Chiloé y Palena un proyecto por \$ 18.000.000.- para implementar un Hospital de Día para pacientes psiquiátricos. El proyecto contemplaba implementación y recursos humanos para estos efectos. Sin embargo, el Servicio de Salud no traspasó los montos comprometidos, por lo que el Hospital de Día debió implementarse en condiciones muy distintas a las originalmente proyectadas.

Atención de Especialistas en Zonas Aisladas (“Salud en Terreno”): Esta actividad se realizó en dos ocasiones y permitió realizar atención de salud por parte de especialistas (ginecólogo, pediatra, cirujano) en conjunto con los equipos de salud comunales (ronda de salud) con el fin de avanzar en el objetivo de favorecer la accesibilidad y oportunidad en la atención de salud y a la vez constituirse en una acción que a futuro pudiera implementarse en forma permanente, en el contexto del modelo de salud provincial. Sin embargo, las escasas atribuciones técnicas, administrativas y de financiamiento de la UGPS impidieron su continuidad, dejando en evidencia la insuficiente autoridad de este organismo sobre las direcciones de los Hospitales de la red para indicar la salida de los especialistas a las comunas y su incapacidad para cubrir los costos de este programa (viáticos y traslados, entre otros).

Gestión de las listas de Espera: Se asumió la labor de resolución de listas de espera para especialistas mediante la compra de servicios privados en la región con avances concretos; aquí se trata además de desarrollar un conjunto de acciones de coordinación entre hospitales y consultorios, de disponibilidad de camas, horas y equipos de pabellón, organización de visitas de pacientes a especialistas a Puerto Montt, de manera de acortar las brechas de acceso de la población de Chiloé a un conjunto de prestaciones.

Formación de una Comisión de Marea Roja a nivel provincial: Dado que la Marea Roja es un tema recurrente en Chiloé, - actualmente a controlado, esta Comisión -aunque no se reúne

⁴³ El sistema de garantías explícitas de AUGE señala que los pacientes de las patologías garantizadas deben ingresar al sistema por ventanilla pública y entre el diagnóstico y la primera atención destinada a resolver su enfermedad no deben pasar más de 15 días. Si no ocurre así, el paciente debe ser derivado a cualquier centro de atención reconocido por el Estado por su competencia en el tipo de tratamiento.

con la frecuencia que fue necesaria durante el año 2002 debido al brote de este problema en la provincia- se mantiene latente. El trabajo más permanente que por el momento se desarrolla en este ámbito es el del Departamento de Higiene Ambiental y los laboratorios de Marea Roja de Quellón y Castro, que monitorean permanentemente las aguas de Chiloé.

Telemedicina surge por iniciativa de algunos profesionales de Chiloé con el objetivo de disminuir las brechas en salud. Se propone la creación de una red virtual que permitiera conectar a los hospitales y consultorios de la provincia entre sí y con otros establecimientos de mayor complejidad en la región y el país. Esta propuesta, que nace antes de la creación de la UGPS, fue acogida y financiada por la Unidad de Innovación Tecnológica (UIT) del MINSAL, quien transfiere los recursos financieros al S.S. Llanquihue para la adquisición de los equipos computacionales.

Una vez creada la UGPS, ésta asume la coordinación del proyecto, nombrando un encargado y estableciendo una estrecha colaboración con la UIT del MINSAL, convenios con las Corporaciones Municipales de Salud y un trabajo permanente con los encargados que cada establecimiento nombró para el proyecto.

Para implementar el proyecto se dota de equipos⁴⁴ y este opera en actividades de capacitación, interconsultas con especialistas en hospitales de mayor complejidad (Pto. Montt, Santiago); consulta virtual en psiquiatría; visitas virtuales a pacientes internados en hospitales fuera de la provincia. También, en el ámbito clínico, se transmiten imágenes para su análisis por especialistas (ecografías, radiografías, fotografías de miembros afectados), transmisión de datos de pacientes. Se utiliza también para la gestión y transmisión de eventos de formación desarrollados en la zona⁴⁵.

El sistema, sin embargo, enfrentó numerosos nudos críticos y problemas técnicos que impidieron su continuidad. El más importante, el costo y financiamiento para los centros locales con tecnología atrasada de comunicación virtual; la calidad de resolución de imágenes para especialistas médicos; el alto costo del tráfico telefónico que debían asumir las Corporaciones Municipales de Salud; el exceso de tiempo destinado por los profesionales a las capacitaciones, lo que las Corporaciones Municipales evaluaban negativamente por ir en desmedro de sus funciones asistenciales habituales, etc. Todo ello determina que el proyecto se congele.

Uno de los campos de acción se concentró en apoyar y mejorar la coordinación existente con la Salud Primaria, de dependencia institucional municipal, distinta al nivel ministerial, al que ellos mismos responden. Se comienzan a tejer redes con representantes y autoridades comunales, los alcaldes y concejales, para asesorar la optimización de los recursos de los que los municipios disponen.

A partir de esta relación, se creará una instancia Provincial de relevancia para la iniciativa: la Comisión de Salud de la Asociación de Municipalidades de Chiloé, que agrupa a la gran mayoría de las comunas de la provincia, que tendrá un rol clave en el posterior apoyo político que le entregará a la UGPS. Se generar espacios de encuentro y discusión entre ellos, las que van más allá de las diversas posturas políticas que cada uno mantiene.

A través del trabajo conjunto con la Comisión Salud de la Asociación de Municipios de Chiloé se asesoró y apoyó a las Corporaciones de Salud respecto a optimizar el financiamiento Per cápita para la Atención Primaria en Salud; la elaboración y ejecución de planes Comunales de Salud y la optimización de la gestión de recursos humanos, económicos y financieros de la APS. Las tareas relacionadas con el financiamiento demandaron coordinaciones con el Fondo

⁴⁴ La experiencia permitió dotar de equipos computacionales y kit de videoconferencia a la UGPS, los hospitales de Castro, Ancud, Quellón y Achao y los Consultorios de Chonchi, Dalcahue, Pudeto Bajo (Ancud) y Castro. Existía además un equipo en el Hospital de Puerto Montt y otro en el Servicio de Salud.

⁴⁵ Taller de Psiquiatría Comunitaria, inauguración Consultorio de Dalcahue

Nacional de Salud⁴⁶ y otros estamentos. Se impulsó la propuesta de creación de un Centro de Acopio de medicamentos para la provincia de Chiloé en conjunto con la Asociación de Municipalidades, Alcaldes, establecimientos de APS y hospitales. Para estos efectos se realizaron gestiones desde la UGPS con la Central Nacional de Abastecimiento (CENABAST). Sin embargo, a pesar de ser una medida viable de realizar y de gran costo efectividad, ésta no logró concretarse por el cambio de Jefatura en CENABAST y la falta de disponibilidad inmediata de un terreno para instalar inmueble. No obstante las gestiones realizadas permitieron la entrega de medicamentos por \$ 33 millones de pesos a las diez comunas de Chiloé.

Sin embargo, la relación directa con los equipos de salud, tanto del nivel primario, como del secundario y terciario, tendrán una intensidad desigual. Si bien, algunos equipos son visitados con frecuencia y se mantienen en constante contacto y apoyo, con otros la relación no será tan directa, produciéndose una situación en la que no todos están de igual forma al tanto de lo que la UGPS realiza ni su rol a nivel Provincial. Esto será particularmente evidente en el caso de los Hospitales y consultorios de Ancud :

“Bueno y después la Unidad de Gestión que tuvo un rol para Ancud muy menor, por eso, la verdad, no nos llamó la atención” (Subdirector Médico Hospital de Ancud)

La Unidad efectivamente se instala en la provincia, particularmente desde Castro hacia el sur de la isla como el referente para dialogar y resolver los problemas de salud. Hacia Ancud su radio de acción, impacto y reconocimiento es menor.

A pesar de esta activación, los miembros de la comisión de salud de la Asociación de Municipios saben que con la UPGS no van a resolver las inquietudes o problemas de fondo, por su carencia de atribuciones: *“También teníamos el mismo vínculo, el mismo. Incluso la unidad de gestión era parte de la comisión de salud, fue una cosa simpática”⁴⁷*

Las demandas de apoyo técnico y las respuestas son muy concretas: establecimiento de convenios de Atención Primaria para gestión de horas médicas, recursos humanos y equipamiento para establecimientos de salud de la red; asesoría permanente a los programas de salud; reuniones con estamentos de la salud orientadas al fortalecimiento técnico; la gestión de los programas⁴⁸; reuniones con Directores de Hospitales orientadas a mejorar la gestión de la red. capacitar personal y debatir y difundir con los equipos de salud, directivos y gremios el modelo de atención. Se traspasaron incentivos a la gestión buscando la mayor eficiencia y estímulo al personal para mejorar la calidad de atención. Los recursos económicos traspasados a los hospitales públicos de Chiloé fueron producto del ahorro por concepto de uso eficiente de los recursos humanos con los que contaba la Unidad de Gestión de Salud Provincial. Se desarrollaron estudios y elaboración de proyectos para la normalización de los Hospitales de Castro y Ancud.

ii) Participación Ciudadana

Con respecto a la participación ciudadana, el Servicio de Salud Modelo para Chiloé incorporaba la propuesta de creación de un Consejo Provincial de Salud y de Consejos de Salud Comunales. Las bases sociales y comunitarias para esta propuesta no estaban instaladas a nivel comunal, por lo que se optó por desarrollar una metodología de diagnóstico y propuestas comunitarias en salud en estrecha relación con el Programa de Salud Intercultural.

En cuanto al Consejo Provincial de Salud, si bien éste no logró concretarse, parte de sus objetivos fueron suplidos por acciones puntuales de coordinación con el intersector en las que participó la UGPS (ej. Comisión Marea Roja, Jornadas de Priorización de Proyectos para el

⁴⁶ Seguro Público. Organismo de Financiamiento del sistema de atención y prestaciones

⁴⁷ Juan Pérez, Alcalde de Dalcahue

⁴⁸ Gestión Programa Provincial de Salud Intercultural; Gestión Plan Provincial de Promoción de la Salud.; Gestión Provincial Programa Adulto Mayor; Apoyo al equipo de salud municipal de Quellón en los lineamientos del Modelo de Salud Familiar para Quellón;

FNDR, etc.), y en particular por el rol que ésta tenía en el Consejo Asesor de la Gobernación, compuesto por los representantes de los organismos públicos de la provincia. .

El Programa de Salud Intercultural (PSI): Al crearse la UGPS, el PSI venía desarrollando desde 1996. La coordinación desde la UGPS permitió establecer un referente provincial del Programa, en especial para los equipos de salud y dar a estos equipos un apoyo más cercano en términos físicos y técnicos. El PSI era un programa marginal entre los que el Servicio de Salud impulsaba, lo que se traducía en una escasa presencia de sus responsables en la provincia, un seguimiento más bien administrativo del programa y en un consecuente desconocimiento por parte de éstas acerca de las comunidades involucradas y las acciones emprendidas por los equipos ejecutores.

Con esta instancia se entablan mecanismos y relaciones de cooperación con los que se llega a fundamentales y evidentes avances, particularmente el Consejo de Caciques. Con este organismo, se realiza un Programa de Salud Intercultural, que hoy continúa bajo la nueva dependencia de la Dirección Provincial como una Unidad de Salud Complementaria.

“El Concejo de Caciques desarrolla el programa que logra los mayores niveles de cogestión y que logra tener los mayores niveles de autonomía para emprender un trabajo de salud en comunidades indígenas y quienes van y dialogan y conversan y aportan directamente a este tipo de reunión son los lonkos y quienes le aportan equipo técnico a esta Unidad de Gestión en el campo, no son precisamente los de la salud, es el Concejo de Caciques el que le aporta recursos humanos” (Manuel Muñoz)

Entre los principales resultados de este proceso –además de los antes mencionados- está la creación de la Comisión de Salud Intercultural de Quellón (comuna con la mayor presencia de población indígena y de recursos asignados por el PSI a su Corporación Municipal). Ello permitió vincular directamente en la gestión y administración del programa a representantes del equipo de salud, las comunidades indígenas y la UGPS; el desarrollar en conjunto con el equipo técnico de la Comisión Intercultural Buta Wapi Chilwe una metodología de trabajo que fomentaba la participación de la comunidad a través del diálogo directo con los equipos de salud; impulsar la planificación conjunta del Programa de Salud Intercultural entre Equipo Técnico, Equipos de Salud Comunales, Lonkos y Comunidad; dar mayor relevancia al PSI Chiloé al interior del Servicio de Salud.

Cabe mencionar sin embargo que estos logros fueron resultado no sólo del trabajo de coordinación realizada desde la UGPS, sino también de la forma en que el Programa Intercultural trabajaba a nivel provincial desde sus inicios, donde involucraba permanentemente a los equipos de salud en las actividades definidas y a la vocación de autonomía de las instancias y de los conflictos institucionales, del Consejo de Caciques.

Con respecto a la sociedad civil de índole más comunitaria, si bien se dan fuertes relaciones de cooperación con los participantes de la Mesa de Trabajo, especialmente, los de origen gremial y vinculados a la salud, con los dirigentes comunitarios de las diversas localidades, se generan pocos espacios directos de intercambio y conocimiento. Más bien, con estos últimos, la interlocución se da a través de algunos representantes puntuales, pese a que se logra expandir en la comunidad lentamente una noción de que se está generando un polo de acción con visión provincial sobre la salud.

“En Castro creo que ha habido, en Castro parece que los funcionarios generaron movilizaciones”; “Invitan en forma pública no mas, por radio y que sé yo, y nada más”; (Dirigenta Dalcahue); “Los mismos funcionarios porque ellos sienten que no pueden, que son incapaces, si los mismos médicos se movilizaron (...) se aburren igual después, aparte que los persiguen igual” (Dirigente Dalcahue)

iii) Dar visibilidad a la situación de salud de Chiloé a nivel local, regional y nacional, y válidez al proceso de descentralización.

Entre las áreas problemas identificadas por la Mesa de Trabajo se encontraba el escaso desarrollo de instancias de articulación e interrelación que permitieran incorporar a los actores

locales en los planes, programas y acciones de salud provincial. Con la creación de la UGPS se logró validar la necesidad de una instancia cercana (local) de salud que tratara temas relacionados con la salud provincial que hasta el momento no habían sido abordados por el Servicio de Salud o que asumiera funciones directamente.

En términos generales, los actores de Chiloé, tenían una posición favorable a la UGPS o bien a sus objetivos, pero emergían críticas - en especial de algunos equipos de salud - por el aumento de la complejidad burocrática que en ocasiones significaba tener que 'pasar' por una organización provincial, que no siempre tenía mayor poder de decisión, antes de acceder directamente al Servicio.

iv) Proponer un modelo de salud para la provincia pertinente a la realidad local

Elaboración de una propuesta de descentralización. La UGPS elaboró dos documentos de descentralización de funciones para ser presentados al MINSAL en el contexto del Programa de Administración Territorial orientado a la desconcentración de los servicios públicos, que impulsó el Ministerio de Interior a través de la Gobernación Provincial. Uno de estos documentos recoge en forma casi literal las funciones que jurídicamente debían haber sido asumidas por la UGPS al momento de su creación, según sugerencia del abogado del Servicio de Salud a su Directora. Estas en su momento no fueron aprobadas por ésta debido a la gran cantidad de atribuciones que se otorgaría a este organismo provincial, por lo que se las redujo hasta llegar sólo a las mencionadas en la resolución de creación de la UGPS. El otro documento propone las acciones concretas para descentralizar funciones desde el Servicio de Salud y otorgarle a la UGPS como organismo provincial mayor capacidad de toma de decisiones. Finalmente el Programa de Administración Territorial perdió fuerza y no tuvo continuidad, lo que sumado a la situación de cambio de Ministro en el Ministerio de Salud y cambios de cargo de personal claves de esta entidad para el respaldo a la instancia, determinó que estas propuestas no se materializaran.

Diseño de un Modelo de Atención de Salud y un Plan Provincial de Promoción de la Salud. El proceso de construcción del modelo se realizó a partir de una pauta consensuada entre los miembros del equipo de la UGPS y con los aportes que cada uno de ellos hizo a la propuesta, los que luego fueron sistematizados por una integrante de este equipo. Una vez realizado el documento de propuesta éste fue distribuido entre los equipos de salud de la provincia, autoridades nacionales, regionales y provinciales e intersector para su discusión y propuestas.

La metodología empleada en la construcción del modelo fue criticada tanto al interior del equipo de la UGPS como por parte de algunos funcionarios de salud de la provincia, quienes consideraron que no hubo la necesaria participación en su formulación. No obstante lo anterior, algunos meses después de ser enviado, el documento fue presentado por la UGPS a los equipos de salud en cada una de las comunas.

Si bien la propuesta recoge acciones adecuadas a la realidad de Chiloé, varias de ellas no han sido posibles de implementar por la escasa autonomía en salud que aún se tiene en la provincia, por los insuficientes recursos financieros disponibles y por las limitaciones propias de los equipos de salud (tiempo y recursos humanos disponibles, capacidades personales y físicas instaladas, habilidades, etc.).

v) Adhesión y sensibilización de la comunidad a la propuesta de Servicio de Salud Autónomo

La propuesta de Servicio de Salud Autónomo - promovida especialmente por funcionarios de salud que ven en ello la posibilidad de mejorar las condiciones en que se entrega salud a la población (mejor distribución y aprovechamiento de recursos, autonomía en la toma de decisiones) comienza a encontrar diferencias en cuanto a si lo prioritario es contar con autonomía en salud o mejorar la resolutivez de los hospitales de Castro y Ancud. No obstante, el sentimiento generalizado es que la situación de salud de Chiloé se encuentra en desmedro en relación con la provincia de Llanquihue y en que de ello es responsable el Servicio de Salud.

A nivel de comunidad (bases sociales), en especial los sectores rurales o quienes tienen menor acceso a la información⁴⁹, no es común escuchar la necesidad de un Servicio de Salud Autónomo como demanda, sino más bien el mejoramiento de la atención de salud en los establecimientos más cercanos (postas, consultorios y hospitales tipo IV) y en el Hospital de Castro.

Este aspecto es interesante, ya que el objetivo común –e identificado por toda la población del archipiélago– es el mejoramiento del acceso, calidad y oportunidad en la atención de salud, pero parecen ser los estamentos y funcionarios ligados al área salud, autoridades locales, dirigentes sociales y, en general, aquellos que tienen mayor acceso a la información y al ámbito técnico, quienes incorporan en su discurso la necesidad del Servicio de Salud autónomo para alcanzar dicho objetivo. La UGPS, comienza a realizar las gestiones necesarias ante el Servicio de Salud y el MINSAL para alcanzar la autonomía en gestión de la salud provincial, en un comienzo como Servicio de Salud autónomo y posteriormente –dado el incierto marco legal existente⁵⁰– manteniendo los principios de autonomía y descentralización en la toma de decisiones en salud. Las propuestas más concretas al respecto son los documentos presentados al MINSAL y a la Gobernación Provincial.

vi) Difusión realizada y alcanzada

Con el objetivo de difundir el quehacer de la UGPS y tener una mayor presencia en los medios de comunicación social, se incorporó una periodista al equipo de trabajo. Esto permitió que la UGPS tuviera una mayor presencia sobre todo a nivel local, tanto en medios escritos (diario regional y semanario provincial) como radiales (entrevistas a sus funcionarios sobre temas específicos de su quehacer, noticias), de televisión local (presencia periódica en noticiero de canal de cable castreño y esporádicamente en algunos programas de conversación) e internet (noticias en Chiloeweb). Al respecto, la difusión de prensa fue amplia, en especial en los temas de mayor contingencia en los que la UGPS tenía presencia.

Los Conflictos y tensiones

Como ya se ha introducido, diferentes polos de conflicto se generan a partir de la instalación de este nuevo instrumento, los cuales, sin embargo, siguen reproduciendo los discursos ya percibidos. Se enfrentan lógicas que enfatizan su adhesión a necesidades locales urgentes, utilizando estrategias de choque y oposición, en su mayoría; frente a una visión centralista, reticente a aceptar cambios y opuesta al estilo de gestión y liderazgo, que harán finalmente inviable la continuidad del espacio.

En términos generales el mayor conflicto en este proceso es el generado con el Servicio de Salud, dada la continua demanda y reticencia a delegar funciones y atribuciones. La tensión en este punto central marcó la relación entre estos dos organismos y provocó permanentes roces y crisis. Permanentemente la Directora del Servicio, así como sus funcionarios (salvo excepciones) hacían notar que las decisiones se tomaban en Puerto Montt y no en Chiloé. Ejemplos de ello son los obstáculos puestos por el SS al desarrollo del proyecto de normalización del Hospital de Castro; el *by pass* que permanentemente se hacía desde el SSS a la UGPS al momento de vincularse con los equipos de salud locales; las dificultades y negativas dadas a la solicitud de la UGPS para incorporar recursos humanos imprescindibles para algunos establecimientos, lo que hizo que algunos de ellos fueran financiados con financiamiento directamente gestionado por la UGPS a través de la racionalización de sus recursos; la negativa tácita a traspasar a la UGPS la responsabilidad del Programa de Salud

⁴⁹ En relación con esto es interesante destacar una campaña radial emitida periódicamente por la Fundación Radio Estrella del Mar, que a través de un *jingle*, promueve la creación de un Servicio de Salud para Chiloé, con lo que refleja la de esta institución frente al tema y al mismo tiempo busca sensibilizar sobre él.

⁵⁰ Durante el periodo de funcionamiento de la UGPS, las propuestas de Reforma a la Salud (que recién se comenzaban a discutir más pública y ampliamente) eran difusas y poco claras. En general había bastante desinformación acerca de lo que el MINSAL proponía al respecto, lo que dificultaba tomar decisiones.

Intercultural, como fue propuesto por el Sub Director Médico del Servicio de Salud; entre muchos otros.

La estrategia empleada por el Director de la UGPS fue abrir el conflicto a la comunidad, mediante el uso de los medios de prensa. Las relaciones se rompieron entre ambos directores y ello polarizó al equipo y generó roces internos que dificultaron el trabajo. En términos generales este conflicto –generado a partir de visiones diferentes acerca de la forma de desarrollar el proceso de autonomía y construcción del Servicio de Salud Modelo- provocó una situación de descoordinación o falta de una dirección común que hizo perder fuerza a la UGPS en un momento en que la cohesión y el impulso de una serie de propuestas –incluida la de continuidad del proceso- era fundamental. Uno de los conflictos más fuertes y que cerró el diálogo entre el Servicio y la UGPS fue el que se produjo al finalizar el periodo de funcionamiento de dos años de dicha Unidad ante la intención de la Dirección del Servicio de cerrar definitivamente el proceso que se impulsaba.

Con respecto a la coordinación y liderazgo interno, la Unidad de Gestión instala un estilo de trabajo, tanto en términos de la coordinación de su propio equipo, como con los actores de la salud local, fundamentalmente horizontal y marcado por el compromiso personal que cada uno de los integrantes mantenía con su origen y demandas provinciales.

Los principales rasgos de los conflictos y tensiones generadas pueden ser resumidos en los siguientes puntos

A) Visiones modernizadoras

“Entonces la idea era esa, que esta Unidad de Gestión o Dirección Provincial o lo que sea, no sea como esa autoridad omnipotente, omnipresente sino que sea una autoridad que transite por esta red que permita ir solucionando y coordinando” (Dr. Ferrada)

La Unidad de Gestión se articula en torno a las visiones levantadas desde la Mesa de Trabajo, e inspirada en profundas visiones sobre participación y horizontalidad de las relaciones, articulación de redes y flexibilización de los procedimientos a las realidades locales. Los modelos de gestión y atención que se levantan en este período dan cuenta de aquello:

*“Nosotros sentíamos que si queríamos tener un Servicio de Salud en dos años, teníamos que sentar las bases cambiando el modelo de atención y cambiando el modelo de gestión, **de una gestión horizontal participativa a una vertical imponente de metas** y lo otro que nos preocupaba era tener **un nivel de interlocución con el ministerio, un nivel de interlocución propio**, porque nosotros tenemos nuestra manera de hacer las cosas y no es que no pensáramos cumplir las metas del nivel central porque sabemos que tenemos que cumplirlas pero a nuestra manera y **generando capacidades instaladas en los equipos**. Porque nosotros sentíamos que la orientación programática de cumplir una meta sanitaria no deja capacidad instalada”; “Con un profundo sentido valórico de la participación que cada uno de nosotros teníamos, organizamos esta forma de trabajo con gestores internos y con un equipo provincial en el cual los gestores locales eran también parte de este equipo y como marco global el mandato de la mesa de trabajo que era de alguna forma la cogestión en salud que nosotros estábamos proponiendo y que era lo que la comunidad proponía.” (Paola Vivallo)*

De esta forma, la primera lealtad al control social, por sobre la repetición de los procedimientos y visiones instaladas normativamente, es clave:

“Para nosotros era una evaluación real y un control social de la comunidad hacia nosotros (la rendición de cuentas ante Mesa de Trabajo), porque el mecanismo del control social estaba clarísimo. Nosotros teníamos que cumplir los objetivos que la comunidad nos había planteado y responder a ello”; “Todo lo que se realizó se hizo siempre tratando de ajustar y de tener ganancias, no hacer la tarea no más, sino que generar una gestión participativa dentro del establecimiento, incluir a la comunidad, siempre orientándose hacia allá.” (Paola Vivallo)

Esta visión, mucho más cercana a los criterios sociales y participativos, que a los técnicos, genera roces e incomprensiones de contenido y visiones profundas:

“Entonces nosotros quisimos partir desde el sentido de la comunidad (para construir modelo de atención y gestión) y construir desde ahí y no desde las necesidades técnicas, sino que armonizar ambas cosas”; “Eso no fue entendido nunca por el Servicio o a lo mejor nosotros no fuimos capaces de explicárselos también, no sé.”(Paola Vivallo)

“Entonces incluso las discusiones con el Infante, yo le decía en varios documentos de mail y de correo, yo le decía que me parece absurdo que en un período de reforma se limite la discusión a los actores internos” (Omar Vejar)

B) Lógica de acción y estilo de gestión

En un segundo eje de conflictividad, las visiones levantadas se articulan en torno a estilos de gestión y liderazgo, que llegan a ser abiertamente disidentes a los del Ministerio. El fin básico está, nuevamente, puesto en cumplir los compromisos con la comunidad y ser leales a esa responsabilidad:

“Cada acción que hizo la UGPS nunca estuvo abandonada ni sola, porque tuvo el apoyo de toda la comunidad de Chiloé, los alcaldes”; “Eso nos dio una cierta carta blanca para poder ser un poco más irreverente frente al Estado y una de las cosas que usamos fue eso, la irreverencia, nos saltamos la institucionalidad regular y así lo entendieron las propias autoridades del gobierno, que nosotros éramos un hijo no legítimo.” (Omar Vejar)

“Nosotros trabajábamos bajo la lógica del mandato de la comunidad, de responder hacia esas necesidades, y priorizar nuestros recursos de todo tipo hacia ese mandato”; “Eso por lo menos continúa en nosotros cuatro, nunca hemos tenido la lógica de responder a nivel central porque entendemos que el nivel central no responde necesariamente a las necesidades de la comunidad.”; “También los programas tradicionales los hicimos siempre con el enfoque participativo y eso era una de las cosas cuestionadas, “que pucha, ya lo están haciendo como no deben” porque nosotros nunca hemos querido imponer... o sea, yo no puedo, me nace.” (Paola Vivallo)

Uno de los aspectos que genera más contradicciones en este punto, es la orientación hacia la realidad local, y la flexibilización de los instrumentos y programas existentes, desde ese enfoque, enfrentándose con frecuencia, a los procedimientos y normativas ya instaladas:

“Siempre también dentro de nuestro concepto de trabajo estuvo el tema de hacer masa crítica, por ejemplo en el tema de salud familiar nosotros capacitamos, pero teníamos financiamiento para siete comunas y con montos distintos dado que estaba financiado per cápita. Entonces nosotros dijimos ‘tenemos siete comunas financiadas, sumemos: 10 millones’ (...)es una línea del ministerio que nosotros adoptamos a nivel local en el sentido en que aunamos, juntamos comunas porque buscamos en la entidad capacitadora”; “Eso no fue entendido por el Servicio. Encuentran que es como pérdida de tiempo o que no vamos a cumplir o porque fue muy complicado que dos o tres comunas puedan acceder a una misma capacitación dado que hay convenios, problemas legales con las corporaciones ” (Paola Vivallo)

Este tipo de conflictos se ilustra a partir de la situación derivada ante la presentación del proyecto de Normalización del Hospital de Castro, el que, fuera de plazo, necesitaba ser ingresado al Banco Integrado de Proyectos. Ante la obstaculización y demora de este trámite desde el Servicio de Salud, los integrantes de la Unidad finalmente optarán por saltar las líneas jerárquicas, y entregarlo directamente a la Ministra visitante:

“Y estaba cerrado ya el plazo y nosotros nos dimos cuenta tarde del plazo porque tampoco nos avisaron del plazo y la única forma era que la Ministra directamente gestionara con la Ministra de MIDEPLAN para que fuera incluido para ese año para evaluación y conversamos con la Ministra de MIDEPLAN del momento y dijo, bueno, si a mí me llega”; “hablamos con la Ministro” y nos fuimos a una barrera sanitaria que había en un sector de la Región por la marea roja y llegó la Ministro en la noche y entregamos el proyecto (Dr. Ferrada)

Es así como los estilos de conducción del Director de la Unidad, comienzan a ser puestos en entredicho, desde las direcciones regionales y centrales: “ Yo siento que ha pasado con esas iniciativas es que se han perdido y no han sido suficientemente acogidas por el estilo de

presentación que siempre ha sido muy confrontacional, siempre ha habido una actitud de mucha hostilidad respecto al sistema en general y muy rupturista con iniciativas que no están de acuerdo a la legalidad del país y que cuando tú quieres implementar una cosa a tú manera no puedes hacerlo no más porque la ley... sobre todo en el sistema público e institucional que es tan riguroso” (Loreto Lorca)

“A lo mejor desde la UGPS se planteó un problema que es real, Chiloé, se planteó. Pero es un problema en el sentido de que Chiloé tiene identidad local y de que el Estado debe ser muy respetuoso de las identidades locales. Pero yo creo que la forma de abordarlo no fue buena” (Yury Carvajal)

C) Sobre las funciones

Un aspecto puntual que será el principal fundamento para el cierre de la Unidad de Gestión es el no haber completado las tareas claves que se les había encomendado desde el comienzo: el proyecto de normalización del hospital de Castro, mejorar el acceso y la calidad de la atención en el nivel secundario, y realizar el estudio técnico y legal para hacer el Servicio de Salud

“Fueron acuerdos para crear esta Unidad de Gestión, con objetivos bien claros que eran tres o cuatro muy claramente señalados, sin embargo con esta necesidad desde Chiloé de hacer las cosas independientemente, ahí se empezaron a arrancar hacia otros objetivos que no eran solamente los que estaban diseñados y naturalmente eso creó también las dificultades que ya todos conocemos”, “Las respuestas hay que hacerlas a tal tiempo, a tal plazo y si no llega en ese tiempo, se acercan los plazos y no hay la respuesta, entonces había siempre intromisión, en el buen sentido de la palabra, de los profesionales del Servicio de Salud para poder sacar los temas y poder cumplir con los plazos” (Dra. Lorca)

En el camino, y bajo esta lógica de avanzar hacia la expansión de las redes territoriales y las condiciones de base, y mediado por una evidente falta de apoyo técnico de la Dirección del Servicio y vacío de competencia técnica en algunos campos al interior del equipo, estas tareas claves no logran ser concluidas:

“En agosto del 2001 hay un primer quiebre importante con el Servicio, en el cual nosotros exigimos avances en relación a los proyectos que tenían que ver con normalizar el Hospital de Castro, con la infraestructura en la red de atención pública de Chiloé y los recursos de mano, exigimos cumplimiento al Servicio y el Servicio nos recuerda que nuestras labores tenían que ver con esas tres grandes tareas que te nombré y no tenía que ver con gestionar los recursos.”; “Se nos empieza a enrostrar que no fuimos capaces de establecer instancias formales de participación, que no teníamos el estudio técnico legal del Servicio de Salud y de que no habíamos mejorado la oferta y la calidad de la atención.(...) entonces aparecemos como un ente inútil, extrañamente.” (Paola Vivallo)

A partir de este conflicto, se le restringen las posibilidades de acción a esta Unidad:

“Fue un error estratégico también, ahora lo veo así, nosotros no fuimos capaces de cumplir en el fondo con ninguna de nuestras tareas, pero no es que no hayamos sido capaces (...)el servicio se lavó las manos con esto, inventó una serie de cosas, nos dieron un par de pesos al principio y de ahí, chao.” (Paola Vivallo)

D) Acuerdos ignorados

Un polo frecuente de conflicto es el que se presenta al no cumplirse sistemáticamente los acuerdos construidos en los espacios de encuentro entre representantes ministeriales e institucionales y locales. Esta situación, unida al estilo de funcionamiento ya descrito, genera la articulación de estrategias que saltan jerarquías y conductos regulares, para constantemente estar exigiendo su cumplimiento ante las autoridades nacionales.

E) Conflictos personales y de liderazgo

Toda esta serie de conflictividades, gatilla finalmente, una serie de conflictos y tensiones de índole personal, fundamentalmente entre la Dirección de la Unidad y la del Servicio de Salud. Se visualiza tanto a la anterior como al actual Director de esta instancia regional, como los principales obstaculizadores de las propuestas desarrolladas, y de la entrega de los apoyos que permitiría concretar los avances, produciéndose un divorcio completo de las comunicaciones, una fuerte relación de desconfianza y hacia al final, un fuerte encuentro a través de la prensa:

“Yo creo que esa gestión directiva no se dio y fue el principal obstáculo para que nosotros no lo lográramos, no hubo una comunión entre la Dirección del Servicio de Salud que es la autoridad máxima y la Unidad de Gestión. No hubo diálogo.” (Hugo Rebolledo)

“Incluso en algún minuto el Servicio ponte tú, no sé, era una cosa bien absurda, cambiaba la clave para que uno no se pudiera meter en el proyecto dentro de la base de datos del banco integrado de proyectos y qué sé yo, o sea, ese tipo de cosas sórdidas, porque el proyecto del hospital de Castro competía con el proyecto del hospital de Puerto Montt, entonces eso por un lado.” (A. Leighton)

La relación se teje mayoritariamente, de esta forma, en claves de amenaza y poder frente a las acciones que la UGPS desarrolla: continuamente, está presente el fantasma del término del plazo de funcionamiento, así como el de la reducción de las atribuciones inicialmente logradas. Lo anterior genera un clima de desconcierto y estrés dentro del mismo equipo, que como ya se comentó, termina fragmentándose internamente.

Finalmente, al momento del término de la Unidad, no se da un proceso de explicación en términos personales de la situación de parte del nuevo Director del Servicio. El tiempo se deja pasar, sin comunicación alguna, hasta que finalmente se les informa de la disolución de la unidad:

“Porque yo siempre he pensado que aunque lo hubiéramos hecho mal, él nos tendría que decir a nosotros primero, no a los diarios. Yo le pedí que se disculpara (...) nunca me ha hablado así que ahora no le dirijo la palabra porque es una cosa de honor.” (Con relación al conflicto entre la UGP con Yury Carvajal) (Paola Vivallo)

“Yo siempre dije, acá hay varias formas de reventar, o nos revienta la pega y terminamos como ineficientes o simplemente pescan a este o a este otro y lo destinan a este lugar o a otro lugar y se acaba porque no había más gente”; “(El Servicio) nos dejó perecer no más para después decimos que somos incapaces, ineficaces” (Hugo Rebolledo)

E) Conflictos internos

Además, de los conflictos externos, las desavenencias se comienzan también a generar por visiones diversas respecto de los estilos y mecanismos de gestión y liderazgo, y por las medidas tomadas. Se conforman “bandos” al interior del equipo, más y menos cercanos a la necesidad de respetar la institucionalidad correspondientemente:

“Hay una fragmentación importante del equipo; sentía que todos queríamos el mismo fin pero el camino era distinto, porque un grupo teníamos una postura rupturista frente al servicio, muy rupturista y el resto del equipo tenía una postura más negociadora.” (Paola Vivallo)

Este agotamiento será bastante profundo en las fases finales de la Unidad de Gestión, debilitándolos como equipo ante las negociaciones institucionales:

“También empieza en la sombra la amenaza del fin.”; “En marzo se veía venir la sombra otra vez porque teníamos plazo hasta el 30 de mayo” (Paola Vivallo. El ambiente en la Unidad era tóxico, complejo, entonces por un lado, por esa dirección que no teníamos mucha explicación para todo y por otra porque en la práctica no había cabeza.” (A. Leighton)

Estrategias, negociaciones y cierre

También las estrategias implementadas durante estas diferentes fases de conflicto y negociación, dan cuenta del enfrentamiento de lógicas de gestión y enfoques sobre política social totalmente diferentes. La UGPS se concentrará ante cada amenaza, en acudir a la adhesión y fuerza popular expresada en la Mesa de Trabajo y los gremios de la salud, o lograr apoyos políticos más allá de las jerarquías regionales. *“Ahí nosotros nos saltamos la escala institucional regional y ahí discutíamos directamente con el Intendente y directamente con el Ministerio” (Omar Vejar)*

“(Yury Carvajal) Estuvo en un desacuerdo total y nosotros metimos a la mesa de trabajo en esto porque teníamos la lógica de que esto tenía que terminar como se había iniciado y se organizó como un mandato de la comunidad y tenía que terminar por un mandato de la comunidad” (Paola Vivallo)

“Después todo este ataque alevoso que hubo hacia la autoridad central, hacia el Ministerio, o sea, eso tampoco fue una metida de pata. Yo fui a Chiloé llegando, hablé con ellos “¿Qué quieren?” silencio, silencio, “esto lo vamos a resolver en la mesa de trabajo”, me parece que ese no es un tema de confianzas, me parece que... bueno, ¿cuál es el diálogo que hay aquí?”. Complicado, complicado y creo que es como decir un poco “esto lo vamos a resolver en el ring”, la mesa de trabajo era el ring, “ahí nos vemos”” (Yury Carvajal)

El Ministerio, por su parte, elaborará una estrategia de corte fundamentalmente político y conciliador, que termina primando ante la inexperiencia de los miembros de la Unidad:

“Este personaje, para mi gusto, es clave también al final. Este señor Patricio Bustos. Él es amigo personal del Dr Carvajal y es nombrado negociador por parte del Ministerio y es un excelente negociador, tan bueno que sale ganado él y no las otras partes y nosotros, malos negociadores, ingenuos, sin experiencia.”; “Nos pone en el escenario más adverso y eso fue una jugada política que nos pusieron en ayuda por supuesto, del señor gobernador” (Paola Vivallo)

Finalmente el desgaste del equipo, unido a una total incomunicación con la nueva dirección del Servicio, terminarán agotando las energías y acciones: *“Lo que hace el Dr. Carvajal en definitiva es ir alargando la UGP” (Gladys Aguilar); “Seguimos trabajando enero, febrero y en marzo ya no contábamos con apoyo del Servicio en nada, entonces había como duplicidad de funciones entre... hacíamos lo mismo el Servicio y nosotros en cuanto al apoyo de los equipos”*

A modo de balance de algunos actores, se señala que desde las relaciones internas entre los actores provinciales, existe congruencia y adhesión en las propuestas levantadas en todo este primer momento. Esto será importante, pues se irá configurando un ideario respecto de una acción en nombre de la comunidad chilota, por sobre el propio sistema e institucionalidad en salud. No obstante lo anterior, existe ya la percepción de que en esta mesa se desenvuelven con mayor fuerza actores gremiales, quienes a su vez generan el mayor polo de conflictividad, desde una visión de abierta oposición a las propuestas ministeriales y del Servicio de Salud.

En la percepción de actores claves se que deslindan en las defensas corporativistas, generándose una tensión y divergencia, entre aquellos actores que defienden intereses más amplios o están por construir una postura de acuerdo con el Ministerio: *“Habíamos personas que entendíamos que lo que se tenía que hacer había que hacerlo con el gobierno, con el ministerio, ponerle el estado, no sé, y otros que entienden que hay que hacerlo afuera, y no sé cómo se imaginan ese afuera pero todos lo que estaba hecho y todo lo que venía del ministerio era malo de por sí, y eso me parece que no, no es así, entonces, me da la impresión de que esa visión es una visión que tiene forma en cierto ámbito de la dirigencia gremial” (Ex – Gobernador)*

IV) LA Dirección Provincial de Salud de Chiloé

En el marco de la interfaz entre la Unidad de Gestión, como expresión de la Mesa y la Dirección del Servicio, se amenaza en dos momentos del tiempo con cerrar esta instancia acordada. Será frente a la última y definitiva de estas ocasiones, en la que la Mesa de Trabajo nuevamente adquirirá un rol fundamental en una negociación que permite la mantención de una instancia provincial de administración de la salud en Chiloé, acordada con autoridades de alto nivel del Ministerio y del Servicio, representando éste último por un nuevo Director⁵¹.

En este espacio, desarrollado durante Junio del 2003, y que representa uno de los puntos más álgidos de esta experiencia, emergen voces disidentes y distintas posiciones respecto de la continuidad de la Unidad tal como ha funcionado desde Chiloé. Aunque se mantienen el grueso de los actores chilotes respaldando este instrumento se confrontan dos propuestas alternativas. Desde el Servicio traspasar las funciones de la Unidad al Hospital de Castro, lo que es interpretado desde la visión local, como una claro retroceso frente a los anhelos y demandas construidas; desde algunos representantes de Chiloé, se plantea la posibilidad de levantar en la zona una Dirección Provincial que se oriente a la administración de los recursos de la Provincia cambiando el Director.

“Parece muy fácil probablemente la propuesta que trae el servicio de salud, de terminar la Unidad de Gestión y echar a andar esto que traen pero, alguien ha evaluado si eso va a mejorar la salud en Chiloé, si realmente va a mejorar y va incluir las inequidades en la provincia, alguien ha estudiado escenarios alternativos a eso?” (Dr. Sovier, Mesa de Trabajo 20 de Junio del 2003)

Como resultado de estos procesos de encuentro y negociación, finalmente se logra concretar un acuerdo con los representantes ministeriales, para conformar la Dirección Provincial de Salud⁵². Esto es visto tanto como un avance y retroceso por los diversos actores, ya que si bien permanece un organismo provincial que conserva la mayoría de los recursos humanos en su seno (sólo salen el director y la periodista de la UGPS) , la nueva estructura nace desde la Dirección del Servicio conformándose una dirección ejecutiva (tres miembros) que ocupan cargos de confianza del SSS Llanchipal y que dependen directamente de su Director.

“Yo diría que perdimos esa negociación, ... o sea, la perdimos en parte... producto de esa negociación ahora está esta Dirección Provincial en la cual yo sigo trabajando, pero desde otra mirada que no es la que teníamos en la Unidad de Gestión”; Igual ganamos, el no haber pasado al hospital de Castro, logramos esto y logramos que el acuerdo además dijera que una vez que se publicara la ley, iba ser prioridad presentar el proyecto de ley para el Servicio de Salud Chiloé” (Paola Vivallo)

Sin embargo, nuevamente, se reproducen los polos más confrontacionales y las posturas que han generado una constante demanda y resistencia a los espacios de autonomía efectiva, la demanda e inviabilidad de crear un Servicio de Salud en la Provincia. La polaridad y adopción del camino de conformar la Dirección Provincial con respaldo de algunos de los actores claves locales tiene un efecto en el quiebre de las confianzas previas. Los argumentos convincentes - técnicos y políticos – se basan en la inminente puesta en marcha de la Reforma del sector. Efectivamente, a dos años y medio del inicio de la mesa de Trabajo, el horizonte de la reforma es más claro y las instancias⁵³ que podrían contribuir a la entrega de atribuciones a regiones y provincias se perfilan un poco mejor. Aún así, no aparece aún un camino nítido de estructuración de esos procesos.

Por el lado de los actores de Chiloé, la posturas más polares siguen sosteniendo que el camino más claro para entregar atribuciones es la creación del SSS autónomo. La discusión en la mesa sobre los recortes que se han hecho en el debate legislativo a las atribuciones de las Autoridad Sanitaria, la falta de claridad sobre si habrá Coordinación o Dirección de Red de Salud, tensan las posturas. Este es un hito clave, pues el centro del trabajo de la Mesa durante los casi tres años en los que ha permanecido funcionando, siempre estuvo puesto en

⁵¹ Ver referencia a este actor, en núcleo clave, **página---**

⁵² **Ver página ...**

⁵³ Autoridad Sanitaria o Coordinación o Dirección de Red de Salud Local

esta meta: *“Esta es una pelea de perros grandes, y aquí vemos si se cumple el compromiso del Presidente o no, este es un compromiso del Presidente, es lo que técnicamente hay que hacer en salud” (Dr. Soviet, Mesa de Trabajo 20 de Junio del 2003);*

“Si Usted me dice, el Gobierno va a hacer un Servicio de Salud, no lo va a hacer. Si Usted cree que el Gobierno va a presentar la idea de un servicio nuevo, no lo va a hacer. “Sería irresponsable de parte nuestra crear una estructura que este fuera de la reforma, porque la reforma va transformar todo el sistema del sector salud chileno, en el ámbito público y en el ámbito privado” (Patricio Bustos, Jefe de Gabinete Subsecretario de Salud, Mesa de Trabajo 20 de Junio del 2003)

“Políticos astutos, dicen que no se puede (crear servicio autónomo inmediatamente) porque estamos a un paso de la reforma”(Paola Vivallo)

En este suceso se ilustra de manera clara las visiones, las frustraciones y las adhesiones que se han generado durante este tiempo. Finalmente, la **lógica jerárquica y de poder técnico** es la que prima. La UGPS es destituida, aunque generándose un cierto acuerdo dentro de los actores de la mesa, respecto a esta nueva construcción, la Dirección Provincial.

El rol de la DIPROS, desde allí en adelante ha sido institucionalizar y, reimpulsar, desde una visión más técnica el proceso de construcción de una instancia provincial de dirección de la salud. Su director ha sido delegado como cargo de confianza de la dirección del SSS, sin atribuciones claras, pero la relación ha sido de cooperación mutua y de apoyo al proceso local. En esta cooperación se manifiestan los requerimientos a nivel provincial que permitan mejorar la red de salud pero también se ejerce la dirección provincial.

La DIPROS ha privilegiado la articulación de la red de salud, se ha vinculado a los equipos y ha recuperado aspectos importantes el enfoque y el Modelo de Atención propuesto en la etapa previa. Ha echado a andar el Consejo Técnico Consultivo Provincial con los equipos de salud de hospitales y consultorios, proyectado el programa de trabajo intercultural como Unidad de Salud Complementaria; impulsado la reversión de un enfoque de salud familiar con pertinencia intercultural y está dando pasos para coordinar la red de salud. La propuesta de participación ciudadana de su director se enfoca hacia la necesidad de un diálogo activo de los equipos con las comunidades locales más que con actores de naturaleza provincial. Ha habido un par de reuniones informativas hacia la Mesa de Trabajo – que permanece latente y con una demanda de reconocimiento que se levanta desde los antiguos miembros del equipo de trabajo de Dirección Provincial

La DIPROS, actualmente cuenta con mayores atribuciones desde el Servicio de Salud, delegadas en base a la confianza. A ello se suma la mayor claridad que existe actualmente en cuanto a la Reforma a la salud, que promueve modelos de gestión más descentralizados y fomenta el desarrollo de organismos gestores de red en reemplazo de las funciones que actualmente desempeñan los Servicios de Salud.

Entre los ámbitos que han comenzado a desarrollarse a nivel local destacan la coordinación del Programa de Salud y Pueblos Indígenas desde la DIPROS Chiloé para todo el Servicio de Salud, lo que ha significado establecer desde la provincia los lineamientos específicos de este programa para el SS Llanchipal (lo que hasta el año 2003 no se hacía) y realizar la distribución de los recursos asignados por el MINSAL al S.S.S a las distintas comunidades (lo que hasta el año 2003 se hacía desde Pto. Montt, sin participación local). Se delega en la DIPROS la toma de decisiones en cuanto a criterios y forma de distribución de los recursos del Programa de Promoción a nivel provincial; lo mismo ocurrirá con los recursos del Programa de Capacitación. En estos últimos dos programas cabe destacar que la decisión acerca de la cantidad de recursos que se asignarán a la provincia aún se toma a nivel de Servicio de Salud en Puerto Montt.

Actualmente uno de los objetivos de la Dirección Provincial de Salud es dar continuidad a la propuesta de implementar un modelo de salud para Chiloé a través de acciones concretas en las distintas comunas de acuerdo a sus características propias. En ello el Modelo de Salud Complementario Williche que se implementa en Kompu se ha evaluado como una propuesta que tiene elementos posibles de replicar en los establecimientos de la provincia. Asimismo, la

transformación de los hospitales tipo IV en hospitales comunitarios que promueve la Reforma a la Salud, se ha transformado en una oportunidad para definir desde la Dirección Provincial la orientación que tendrán tanto el Hospital de Queilen –enfoque en salud complementaria e intercultural- como el Hospital de Achao –atención orientada a la realidad insular- con lo que se estaría avanzando en la implementación de un modelo de atención de salud para Chiloé.

El proceso de instalación y de asimilación de esta nueva instancia ha sido complejo y difícil, especialmente desde la perspectiva del equipo que venía ya asociado al trabajo de la UGPS. Esto, fundamentalmente, porque la Unidad de Gestión generó un espacio de alto compromiso, no sólo intelectual y técnico con las visiones y demandas construidas, sino también uno emocional, en el cual las motivaciones de índole social y personal, primaban por sobre los marcos tradicionales del trabajo del funcionario público. Afortunadamente, el nuevo director, comprende estas dinámicas y confía en revertirlas dando respuestas efectivas a los problemas planteados por el territorio en los años previos:

“Aquí hay personas que quedaron muy comprometidas desde el punto de vista emocional con la Unidad pero han sido muy honestas en decir que eso sucede y que es necesario pasar un tiempo para que esas cosas se cicatricen puesto que también hubo cosas de tipo emocional, emotivo ahí, con la fuerza con que ellos se aprendieron a esta idea de tener un servicio de salud”; “Entonces por supuesto que hay dolores y yo comprendo que puedan haber incluso resquemores iniciales a mi llegada pensando que yo podía ser el otro agente del mismo Estado que no ha cambiado su motivación profundamente opresora digamos, que es una cosa que no se ha logrado liberar Chile todavía de esta forma de ser dictatorial y jerárquica, fuertemente jerárquica.” (Dr. Catalán⁵⁴)

Sin embargo, las relaciones lentamente se han ido afianzando entre este instrumento y los actores presentes en el territorio local, y las acciones han comenzado a desarrollarse en tranquilidad y orden. No existen mayores problemas hoy ni con los equipos de salud de la atención primaria, no con los del nivel secundario y terciario:

“Desde el punto de vista de las relaciones humanas yo diría que al contrario, ha tenido buena disponibilidad para solucionar los problemas que eventualmente se generan; hemos recibido visitas frecuentes, el balance es bastante positivo. Nos han asesorado en proyectos de convenio” (Director entrante Hospital de Achao)

“Ahora se está viendo el tema de la salud familiar, los consultorios pasamos a ser Centros de Salud Familiar, sé que la Dirección nos quiere apoyar también en eso, y cambiar un poco el modelo de atención. Sé que también están trabajando en la normalización del hospital de Castro, del hospital de Ancud, parece que van bien avanzados en el hospital de Castro” (Marcelo Bertín)

Se ha instalado, además, un nuevo espacio de encuentro, intercambio e interfaz: el Consejo Técnico, el cual, pese a ser convocado desde la Dirección Provincial, como parte de la estrategia de optimización de las articulaciones de la red, potencialmente permitiría generar nuevas instancias de diálogo, cooperación y conflicto:

“Nosotros hemos formado aquí el consejo técnico que es una cosa que no funcionaba, los médicos no se habían reunido, no sé, nunca, directores de consultorios y hospitales en el consejo técnico más otros profesionales, representantes de los empleadores, representantes de los trabajadores, y hemos hecho 2 consejos técnicos desde mi llegada y la gente cuando uno les pregunta ha mejorado mucho su percepción de lo que es la salud” (Dr. Catalán)

En este marco, ha sido fundamental la instalación de un director con un estilo de conducción conciliador y respetuoso de los procesos atravesados, y que retoma líneas que ya se venían desarrollándose desde una visión complementaria y más ordenada, desde lo técnico y administrativo. Este nuevo director evidencia una gran sensibilidad y compromiso en torno a ciertos temas claves dentro del enfoque que se ha ido construyendo durante todo este proceso en Chiloé:

⁵⁴ Director Dirección Provincial

- Con la visión descentralizada y la necesidad de generar un mecanismo para que Chiloé cuente con una instancia legalizada e intemporal de administración local de los recursos y coordinación de la red de salud
- Con la necesaria adecuación a las realidades locales; con un fuerte énfasis en la activación en los procesos de participación e involucramiento de la comunidad organizada en las acciones de salud.

“Si la gente no está, yo creo que las instituciones pueden conversar, pueden auto convencerse que lo están haciendo súper bien, hemos pasado varios años en eso, perdiendo votos si se quiere mirar desde el punto de vista político por ejemplo.” (Dr. Catalán)

- Con la generación de un modelo de salud que considere y valore las características socioculturales del territorio y que sea respetuoso de las identidades locales, defendiendo una visión *biopsicosocial* dentro de la medicina.

“(Tenemos que aprender de la forma de organización de los williches) Lo que pasa es que nosotros tenemos un visión jerárquica de las organizaciones, entonces cuando vamos a una reunión en la cual los demás están en un nivel de lenguaje que es distinto para nosotros nos impacientamos rápidamente y empezamos a tratar de imponer nuestras ideas nuestras formas de organización todo eso” (Dr. Catalán)

- El compromiso con generar instancias mucho más cercanas a la gente, mucho más comprometidas y de ir de aquí para allá, potenciando su acercamiento:

“Y veo que Chiloé tiene esa posibilidad, tiene esa posibilidad la participación real o sea no yo realmente tengo mis aprehensiones sobre las superestructuras” (Dr. Catalán)

Un segundo punto clave ha sido la asignación de mayores atribuciones para tomar decisiones desde la Provincia, surgiendo con un nuevo marco protocolar, que aunque todavía sin una institucionalidad legal garantizada, es reconocida como un avance por los propios miembros del actual equipo.

En tercer lugar, las relaciones actuales con la Dirección del Servicio de Salud, mantenidas en un clima de armonía y comunicación, han sido fundamentales para poder seguir avanzando en acciones y lineamientos no rupturistas respecto de lo que se había venido construyendo. El haber sido nombrado el actual director, directamente por la Dirección del Servicio, ha implicado una relación bastante más cercana y fluida entre ambas instancias, principalmente, por contar esta persona con el respaldo y confianza del aparato institucional:

“El doctor Carvajal le ha dado todas las atribuciones al doctor para que él represente a Chiloé, para que tome decisiones en su isla. Intenta él, creo yo, hacer una gestión muy fluida entre el servicio y acá, pero nosotros necesitamos, no es que queramos, necesitamos alguien acá que diga “se contrata hoy a una persona, se contrata”, y todo el mundo aquí se mueve, y en un rato tenemos todo y vamos dándole; Y que tenga el respaldo legal para eso” (Bernardita)

Pese a lo anterior, desde la Dirección provincial también se han generado estrategias que potencian una relación más clara y horizontal entre ambos organismos: las reuniones de coordinación hoy se realizan tanto en Puerto Montt como Chiloé, y se ha comenzado un proceso de identificación de ciertos resquicios que permitirían generar una mayor desconcentración de funciones y atribuciones en el territorio, en el marco de la Ley de Autoridad Sanitaria. Es importante enfatizar, con respecto a este último punto, que las visiones se han desplazado significativamente, desde generar una instancia autónoma y del mismo nivel jerárquico que el Servicio de Salud Llanquihue, hasta lograr instalar una desconcentración de estas atribuciones, siguiendo las vinculaciones ancladas en esta instancia regional.

Esta situación genera aún recelo en los representantes de la Mesa de Trabajo y comunidad en general, pues se identifica a la actual Dirección con una visión mucho más orientada a levantar consensos y no cambios definitivos, y por tanto, mucho más cercana a los intereses de Puerto Montt, que a los de Chiloé. Para parte importante de sus integrantes, el proyecto sigue centrado en el Servicio de Salud autónomo y no en una desconcentración solamente, por lo que en el futuro el proceso de interacción en torno a estas demandas y visiones seguirá

desarrollándose. De la misma forma, ya se ha expresado una división de posturas al interior del actual equipo de la Dirección Provincial, en la que los antiguos miembros de la Unidad de Gestión siguen vinculados a la primera autoridad y lealtad a este espacio provincial – la Mesa de Trabajo – y su proyecto, frente a los nuevos integrantes del equipo, con una mayor distancia frente a los anteriores procesos y conflictos, y con una postura mucho más adaptable y técnica.

Es interesante apreciar, de esta forma, una diversidad de visiones coexistiendo hoy dentro del equipo, que se expresan en una desigual adhesión al proyecto de autonomía, y a visiones que enfatizan más y menos la participación social como cogestión.

“La cosa técnica no la pueden decidir la comunidad, porque no están preparados, ellos no pueden decidir cuál es el tratamiento para una enfermedad, entonces eso de que todo lo opine la gente, es una lata”; “Yo creo que lo que a él le interesa es que el hospital sea un hospital con mayor resolutivez, y que los funcionarios se comprometan.” (Agustina Barrientos)

“Empezamos a actuar ya no desde el mandato de la mesa de trabajo, eso como que se paró, terminó. Para mí no, pero en la lógica, como ellos no... son gente nueva, no fueron parte del proceso anterior, llega y se instala (no lo digo en forma peyorativa), llega y se instala acá y hace su pega. Entonces actuamos con la lógica institucional. Entonces empezamos a hacer tareas, tareas que nos pidan.”; “Ahora trabajo orientada hacia tareas: problemáticas, metas sanitarias, orientaciones, programas”; “Antes nosotros hacíamos el diagnóstico de la comuna e interveníamos integralmente esa comuna, no por pedazos. Ahora son pedazos. Es la lógica ministerial.” (Paola Vivallo)

“Nosotros somos representantes en buenas cuentas del Ministerio de Salud, eso no lo olvidamos, pero sí, uno de nuestros objetivos es lograr que haya un servicio de salud para Chiloé.” (Dr. Sovier)

De esta forma, las principales resistencias, como podría esperarse, vienen de los actores con mayor fidelidad a este proyecto de autonomía dentro de la Mesa:

“Hay acercamiento de gente que uno no pensaba que se iba a acercar, estamos concientes que hay debilidades, limitaciones, gente resentida que no va a llegar, afortunadamente diría yo que son pocos, que están en el gremio médico, pero en el resto de la gente ha habido acercamiento y ha habido credibilidad” (Dr. Catalán)

Desde la Asociación de Municipalidades de Chiloé, gran apoyo de la ex - Unidad de Gestión, hoy existen acuerdos de cooperación y trabajo conjunta, aun cuando el involucramiento ha sido bastante más débil. Una primera tensión radicó en la negativa de la Asociación de ser parte de la nueva instancia de consulta y participación que está conformando la Dirección Provincial. La visión para lo anterior radica en la percepción de los alcaldes de que no se han cumplidos los acuerdos y compromisos políticos de tener el servicio de salud autónomo, por lo tanto, es pérdida de tiempo seguir participando

“Y después, con la dirección provincial de salud, le dijimos a la gente del servicio que estaba haciendo la programación, de que nosotros tampoco íbamos a participar porque no queríamos además validar una institucionalidad que no es desde el punto de vista del compromiso político, no es lo que se esperaba de Chiloé, si se dijo en una oportunidad que iba a haber un servicio de salud autónomo, no le busquemos la cuarta o quinta pata a esta bestia porque la dirección provincial de salud no es un servicio autónomo, si no tienen financiamiento no es autónomo. Entonces nosotros no vamos a participar ahí, conversamos, analizamos, dialogamos todas las semanas con el doctor, pero nosotros no vamos a participar”. (Juan Perez)

“Hemos logrado que en la Asociación de Municipalidades, seamos incorporados como integrantes permanentes de sus reuniones.” (Dr. Catalán)

Con respecto a la participación social, hoy se levanta un discurso, desde esta Dirección provincial, mucho más enfático con respecto al tipo de articulación necesaria con las instancias más de base. Si bien el Concejo Asesor lleva tan sólo un par de reuniones, evidenciándose de parte de las dirigencias un cansancio y decepción con el resultado final de este tipo de espacios, otras acciones se generan y gestionan. Dentro de éstas se encuentra la centralidad que ha adquirido la visión intercultural y de enfoque complementario en salud, ampliamente

respaldada desde esta Dirección y legitimada a partir de una Unidad de Salud Complementaria que coordina las acciones en esta línea para toda la región, y no sólo Chiloé⁵⁵

“El Concejo Asesor no tiene mucha presencia, aunque si convocaron, pero no tiene presencia desde la... el resto de la sociedad”; *“No recuerdo si en alguna parte del acta que redactó el Servicio se señala que este Concejo Asesor va a tener algún involucramiento en la toma de decisiones. Yo pienso que no.”* (Manuel Muñoz)

4.4. A modo Conclusivo: algunos aprendizajes desde la experiencia

A partir de la experiencia expuesta, es posible extraer algunos de los múltiples nudos y complejidades relacionadas con los procesos de interfaz desde dinámicas locales en torno a la descentralización y reforma del Estado.

- ✓ Primero se puede destacar que la experiencia de Chiloé muestra un proceso de disputa por la descentralización desde un territorio en el que se expresan actores mixtos, fuertes y activos, que dialogan con dinámicas nacionales desde una racionalidad política y con visiones modernizadoras globales.
- ✓ Las lógicas de acción, visiones y enfoques culturales que se encuentran ante la movilización de actores locales en torno a ciertos proyectos y demandas, se cruzan con factores institucionales, simbólicos y de poder, en el curso de las respuestas que se desenvuelven desde los diversos involucrados. Los encuentros – desencuentros entre las dinámicas territoriales y las nacionales aparecen mediados y contenidos por el nivel regional en la que prima una lógica burocrática institucional, que no tiene claramente la iniciativa en los procesos de reforma, sino se sujeta a su mandato para la implementación. El cambio de esa racionalidad es la que permite las soluciones – mediadas por la viabilidad – pero donde opera un cambio sustantivo con la situación previa al inicio de la experiencia de gestión de la salud en Chiloé.
- ✓ Los procesos de interfaz, acuerdo- conflictos – negociación han dado origen a importantes logros: Entre los avances se pueden identificar:
 - La generación de una institucionalidad provincial con cierta perdurabilidad en el último tiempo, y que se afianza como un instrumento perfectible, pero con cierta proyección
 - La expansión de sentidos de acción y política social en salud, desde un enfoque que valoriza la participación activa de los ciudadanos en el proceso de la salud,
 - La capacidad para levantar desde el espacio local una propuesta articulada y respaldada por un conjunto de actores y mantenerla en el tiempo, más allá de los diversos encuentros que se generan con la institucionalidad pública
- ✓ La voluntad política de cambios es un nudo crítico, pero esta no se obtiene gratis. Supone liderazgos claros, capacidad de negociación, vocación de incidencia y espacios de poder. Junto a ello, impulsar y rescatar las visiones y caminos de institucionalización de los cambios desde los actores territoriales.
- ✓ Desde las instituciones públicas y la dirección política, la reflexión y visión para reconocer los aportes de las innovaciones, conectando los sentidos de la acción, con los desafíos más generales y los propósitos de los procesos de reforma o de las políticas en curso.
- ✓ La noción de participación y sus efectos en la institucionalidad y la política pública muestra diferencias culturales y de paradigmas importantes: los procesos de construcción social de normas, reglas y recursos no son fácilmente validados y tienden

⁵⁵ Al respecto, es importante mencionar que el actuar Jefe de esta Unidad, es una persona con amplio respaldo político y técnico respecto de sus acciones y enfoques en salud intercultural, y con una importante experiencia de trabajo previa en esta área y en la generación de un Hospital Intercultural en la IX región.

a ser vistos, desde el poder, como amenazas a los criterios técnico-institucionales tradicionales, a la cultura jerárquica y procedimental, incluso en un período de alteración y cambios importantes en los principios de estructuración, como los que sitúa la reforma de salud.

- ✓ La estructuración social de normas, reglas y recursos en los procesos de descentralización y dinámicas de cambio requieren formulas de formalización que no pueden ser descuidadas, aún cuando vayan procesándose a lo largo de los procesos de interfaz.
- ✓ En el proceso de reforma parecieran abrirse mayores oportunidades para innovar desde los territorios, pero demandan de una acción con un sentido de "oportunidad " y "sintonía" general con los cambios macros, pero en marcos de gran incertidumbre para todos los actores, especialmente los locales, tanto por los procesos de negociación que involucran otras escalas, cómo por la subvaloración de los aportes a la construcción de políticas más generales desde los niveles centrales.
- ✓ Los actores locales están obligados a construir alianzas y respaldos políticos de alto nivel para sus procesos de transformación. Los cambios en esa escala afectan fuertemente los procesos de institucionalización de las innovaciones ya que los acuerdos no se respetan ni se pueden cimentar en el tiempo, quedando relativizados y en un plano de incertidumbres.
- ✓ En el caso de Chiloé, sin duda hay avances. Pero no contar con atribuciones hoy sigue siendo un nudo crítico para el proceso que puede ser revertido, particularmente cuando las opciones de institucionalización prescinden del poder y la capacidad de presión local.

5. El Proyecto de Desarrollo Rural para comunidades campesinas y pequeños productores agropecuarios de la IV región (PRODECOP) y la conformación de una visión sobre el mundo rural

5.1 Antecedentes

Algunas características del contexto social y cultural.

La región de Coquimbo se ubica a 200 km. al norte de Santiago. Tiene una población aproximada de 577.881⁵⁶ personas, entre las cuales aproximadamente un 73% habita en zonas urbanas y un 27% lo hace en las zonas rurales⁵⁷.

Entre los principales problemas existentes al interior de estas zonas destaca el profundo deterioro ambiental y desertificación. En esto influye el déficit de sistemas de riego, el desarrollo de faenas mineras desde el siglo XIX con un fuerte efecto sobre la deforestación y la extensión de la actividad productiva de ganado caprino –de alto impacto en la erosión de los suelos.

La economía del campesinado pobre ha tenido características de subsistencia por larga data. Uno de las actividades extendidas es la elaboración de productos provenientes de la explotación de ganado caprino – queso y charqui- de bajos niveles de comercialización por los déficits sanitarios y de refinamiento productivo que no cuentan tradicionalmente con autorización sanitaria, provocando altos niveles de confiscación. Una segunda actividad productiva importante en la zona son los cultivos tradicionales, que también evidenciaban bajo rendimiento en tierras no aptas para el desarrollo de la agricultura, dada la erosión y falta de sistemas de riego. La región presenta, además, un clima árido, con bajas precipitaciones durante el año, lo que agrava la situación descrita.

En cuanto a las características culturales, uno de los factores más llamativos en el marco del análisis de esta experiencia, es el régimen de tenencia de tierra que presentan las comunidades campesinas de la región, caracterizada por comunidades agrícolas de rasgos relativamente únicos en el país. Estas llegan a abarcar 1 millón de hectáreas de secano⁵⁸, subdivididas en 162 comunidades, en las que sus propietarios y comuneros tienen títulos de derecho sobre terrenos comunes, pese a que el tipo tradicional de explotación es de tipo individual. Ello dificultó históricamente la toma de decisiones para cambios de rubros e inversiones productivas, así como la entrega de subsidios de riego o habitacionales, asentándose la percepción de ser un obstaculizador clave para la innovación productiva y potenciar procesos de desarrollo agrícola. También como un factor clave para la expulsión de los jóvenes de las zonas rurales y para reproducción de la pobreza en el campesinado⁵⁹.

De esta forma, un amplio sector de esta población, especialmente la de menores ingresos y mayor precariedad, se ha encontrado tradicionalmente apartada de los fenómenos de crecimiento económico y desarrollo, mostrando bajísimos niveles educacionales y posibilidades exiguas de mejorar su calidad de vida. Esta población se asienta en zonas de lejano y difícil acceso, por lo que su visibilización y alcance es aún más difícil. Ha existido, de esta forma, una situación de pobreza grave en la zona, especialmente agudizada en dos comunas que presentaban los mayores índices de pobreza del país hacia 1990.

La relación de este estrato poblacional con la institucionalidad ha estado marcada, o bien por la completa ausencia, o bien por una relación de corte asistencial vinculada fundamentalmente a la provisión de servicios básicos. Al respecto, es importante mencionar que en los años

⁵⁶ INE Proyección de Población Año 2000

⁵⁷ INE Proyección de Población Año 2000

⁵⁸ Para tener una idea de la extensión de las tierras que disponen estas comunidades, debe tenerse en consideración que la Superficie Total de la Región es de 40.580 km², y la Superficie que ocupan estas comunidades es de 10.577 km², según datos del 2001 de la Secretaría Regional Ministerial de Bienes Nacionales

⁵⁹ MIDEPLAN BID, Programa de fortalecimiento de la gestión comunal de proyectos de inversión. Informe Diagnóstico. 1996

previos a 1995, no existían programas ni estrategias especialmente orientadas al tema del desarrollo de los pobres rurales, como región ni comunas .

La única institución que operaba en la zona, vinculada con los temas rurales era el Instituto de Desarrollo Agropecuario – en adelante INDAP -, de dependencia del Ministerio de Agricultura, organismo estatal de más de 40 años de tradición especialmente orientado al fortalecimiento productivo del mundo rural agrario. Esta institución había entrado, hacia ese momento, en una relación de profundo descrédito y desconfianza ante la población campesina de escasos recursos dado su rol de agencia de “préstamo y crédito” durante la dictadura militar y la situación de campesinos y pequeños agricultores con niveles importantes de endeudamiento y sin capacidad de pago . Además, los instrumentos con los que contaba el INDAP en ese momento, no alcanzaban ni consideraban especialmente la atención de estos sectores de la población; funcionaban fundamentalmente con ciertos requisitos mínimos de ingreso, así como de formalización de actividades y terrenos, que dejaban fuera justamente a los estratos que vivían bajo la línea de pobreza.

5.2. La experiencia El origen de una visión común sobre el campesinado de la región

La experiencia de PRODECOP nos habla de la instalación de un modelo de trabajo e intervención en el mundo rural campesino de extrema pobreza, con un **origen gestado desde una élite modernizadora** no exclusivamente vinculada al territorio local. De esta forma, no corresponde exclusivamente a una propuesta levantada “desde abajo” ni desde “actores mixtos” como en el caso de la experiencia anterior, sino más bien, desde agentes de alto nivel técnico y político, con gran experiencia y cercanía al mundo rural y sensibilidad frente a las condiciones que enfrentan a comienzos de los '90, en consonancia con agentes de organismos internacionales vinculados al mundo rural pobre.

Los principales esfuerzos desde las políticas públicas se direccionan en ese momento hacia promover una reconversión productiva en los campesinos y modelos de modernización de la producción, que hicieran su actividad mucho más apta para insertarse en los mercados competitivos. En esa línea existe una serie de esfuerzos que se potencian desde diversas instituciones, siendo las principales el INDAP y complementariamente el Fondo de Solidaridad e Inversión Social – FOSIS.

Particularmente relevantes para esta historia, son las experiencias que se había puesto en marcha en otras regiones y zonas del país, que estaban focalizadas en la atención de la población rural en situación de extrema pobreza. Estas habían sido diseñadas a partir de convenio y préstamos entre el Gobierno de Chile e instituciones internacionales, como el Banco Mundial o la Cooperación Europea.

Entre estos programas destacaban el Programa de Desarrollo Campesino -PRODECAM y el PRODECOP SECANO. El primero de éstos, había comenzado a operar en 1994 – extendiéndose hasta 1997 - en la IX Región de la Araucanía, ejecutado coordinadamente entre el INDAP y dos ONGs locales, y emprendiendo acciones vinculadas al mejoramiento de la calidad de vida de familias que vivían en la extrema pobreza, a partir de la instalación de un programa integrado de fomento productivo y desarrollo social. Este programa incorporaba líneas de capacitación dirigidas a potenciar habilidades de autogestión en las beneficiarios, y levantaba, por primera vez, los Comités de Desarrollo Local (CDL), instancias participativas de discusión entre dirigentes locales, actores municipales y de las ONGs coordinadoras.

Por su parte, el PRODECOP SECANO, ya había sido puesto en operación en el año 1995 y abarcaba entre las regiones VI a la VIII. Este Programa, financiado en sus primeros cinco años de operación por el Banco Mundial, nuevamente combinaba metodologías de desarrollo productivo con las de fortalecimiento de capital social, reutilizando la instancia participativa de los ahora bautizados Consejo de Desarrollo Local, y sentando las bases para lo que sería el Proyecto de Desarrollo Rural para comunidades campesinas y pequeños productores agropecuarios de la IV región (PRODECOP). Esta versión del PRODECOP Secano giraba en torno a los objetivos de planificación y articulación territorial de los actores y miradas locales, así como al fortalecimiento de las capacidades locales, potenciando un enfoque flexible e integral de intervención en la zona, adecuando instrumentos y soluciones a cada caso.

Estas miradas y experiencias que se están tejiendo en otras localidades, aportarán al PRODECOP IV Región enseñanzas y modelos, así como el telón propicio para su comienzo.

Hitos y línea histórica del proceso de instalación de la política

ETAPA 1: Primera fase de operación del Proyecto (Diciembre 1995 – 1997)	
Hitos Claves	Actores y Acciones
Antecedentes 1990. Vuelta a la democracia en el país	Actores políticos de alta relevancia a nivel regional y nacional – entre los que destaca el recién asumido Intendente de la zona -, evidenciando la realidad de la pobreza rural existente, comienzan a realizar gestiones para instalar un modelo especialmente orientado a campesinos en situación de extrema pobreza, en la IV Región
Diciembre 1995	Comienza a operar en la IV Región el Proyecto de Desarrollo Rural para comunidades campesinas y pequeños productores agropecuarios de la región. Se ejecuta la Fase de Evaluación Ex – Ante en el territorio, con la visita de consultores internacionales a la zona y la participación activa del equipo en formación del PRODECOP, y se realiza un diagnóstico de las diversas localidades y sus potencialidades desde el punto del desarrollo productivo.
1996	Se firma el convenio FIDA – Gobierno de Chile, tras la aceptación de la candidata propuesta desde la región para asumir el cargo de Directora de Proyecto Se ponen en operación las tres líneas del Proyecto
1997	Se encuentran operando en las distintas comunas de la región, los 13 Consejos de Desarrollo Local (CDL) y Departamentos de Desarrollo Rural (DDR)
ETAPA 2: Segunda Fase de Operación del Proyecto	
Hitos	Acciones y Actores
1998	Cambio en la Dirección del Proyecto Se incorporan al equipo nuevos profesionales, que llegan a apoyar las áreas de Riego y Comercialización y Agronegocios
2001	Se revoca el convenio de préstamo sostenido con el FIDA, tras una decisión tomada desde Gobierno de Chile, y el Proyecto comienza a operar con fondos propios Los Consejos de Desarrollo Local de Canela y Los Vilos ganan el Premio a la Innovación Ciudadana del Programa Ciudadanía y Gestión Local
Etapa 3: Término del PRODECOP y comienzo del Programa de Atención al Campesino Vulnerable	
2002	Término formal del Proyecto. Tras movilización de actores locales – alcaldes, políticos y representantes campesinos – se logra generar una negociación y firmar un Convenio de Programación a través de la que finalmente se acuerda continuar la acción del PRODECOP a través de un Programa especial de trabajo inserto formalmente en el INDAP: El Programa de Desarrollo de Asistencia Agrícola para Sectores Vulnerables de la Región de Coquimbo

La experiencia surge para abordar las necesidades de los más pobres en las zonas rurales de la IV Región y del convencimiento de que esta tarea supone un programa especial que escapa a la naturaleza de los programas implementados en los años anteriores. Estos habían tenido un fuerte accionar en torno a los ejes de créditos, obras de infraestructura, riego y asistencia técnica orientada a sectores agrícolas considerados económicamente viables. Las particulares condiciones del campesinado pobre de la IV Región, definida por la forma de tenencia de la tierra, los procesos productivos, las dificultades de acceso y los mecanismos de comercialización de sus productos hacían inviable la operación exitosa del modelo de

asistencia de INDAP y del Ministerio de Agricultura. También para insertarse en los cambios que se desarrollan en la economía rural de la IV Región a partir del boom exportador de mediados de los ochenta.

La tenencia en comunidad de la tierra, expresada en la comunidad agrícola, impedía un acceso expedito a fuentes de financiamiento para desarrollos productivos. En este sentido, las comunidades agrícolas dependían básicamente de los programas de asistencia del gobierno o alguna forma de crédito bajo el supuesto del goce singular de los comuneros.

Las actividades productivas desarrolladas por los comuneros, aparecían amenazadas a comienzos de la década del 90. La creación de instrumentos que permitieran a los productores generar condiciones para la comercialización, especialmente orientados hacia la certificación de productos del ganado caprino, había desatado una fuerte actitud fiscalizadora que hacía peligrar la subsistencia del sector. Es en este contexto en donde el PRODECOP surge y se plantea desarrollar un cambio en las actividades productivas y en la comercialización de sus productos.

El Proyecto de Desarrollo Rural de Comunidades Campesinas y Pequeños Productores Agropecuarios de la IV Región (PRODECOOP) surge a comienzos de Diciembre de 1995, a partir de un convenio entre el Gobierno de Chile, a través del Instituto de Desarrollo Agropecuario, INDAP, del Ministerio de Agricultura, como ejecutor y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola FIDA, en calidad de aporte de financiamiento. Emerge como un programa especial de intervención hacia comunidades campesinas pobres, administrado regionalmente y con un horizonte de ocho años de duración. Lo distintivo de este programa, es que adquiere una modalidad institucional de tipo agencial, semipúblico, con una estructura flexible, capaz de adaptarse a las necesidades locales, un director con atribuciones específicas para la toma de decisiones rápidas, y un presupuesto específico, plurianual y de largo aliento, lo que contrasta con la modalidad de presupuestos que deben ser definidos en forma anual que caracteriza a los programas públicos y al funcionamiento estatal.

PRODECOP desarrolla sus actividades entre diciembre de 1995 y diciembre de 2002, en una primera etapa con la suscripción del contrato de préstamo entre el Gobierno de Chile y el Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA) y luego, en los últimos dos años con la concurrencia de fondos gubernamentales y regionales. Se pueden establecer dos etapas en el proceso de trabajo de PRODECOOP. Una primera de puesta en marcha en la que se definen propósitos y objetivos generales, se realiza un diagnóstico más preciso de la realidad campesina local y se ponen en marcha ciertas líneas de trabajo vinculadas a determinar las inversiones centrales que podrían potenciar un proceso de desarrollo. Esta etapa se caracteriza por una operación de instalación de programa y su oferta caracterizada por la exploración. Puede reconocerse una segunda etapa de trabajo, en la cual el diseño metodológico logra su expresión de desarrollo mayor, y en la que se incorporan y fortalecen áreas claves dentro de la acción del Proyecto: desarrollo de la participación, descentralización hacia los Municipios, y desarrollo productivo integrando el apoyo en riego, producción y comercialización y agronegocios.

Hacia 1998, el programa tiene una formulación más amplia de propósitos y objetivos. Estos pueden resumirse como: mejorar la calidad de vida y la economía de las familias de comuneros agrícolas y pequeños productores agropecuarios de escasos recursos de la IV región. Para ello se buscó alcanzar: a) la modernización de la agricultura campesina; b) la creación y el fortalecimiento de espacios de participación, coordinación y planificación comunal donde trabajen conjuntamente los usuarios (campesinos), la administración municipal, los equipos técnicos, las instituciones públicas e instituciones privadas; c) el desarrollo de acciones de manejo y conservación de recursos naturales (agua, suelo y vegetación) y d) la incorporación de un enfoque de género que promoviera la participación y desarrollo de las mujeres.

La acción de esta experiencia se orientó a los pequeños/as productores agropecuarios de la IV Región ubicados bajo la línea de pobreza: que tuvieran acceso a tierras agrícolas de menos de dos hectáreas de riego básico y/o explotaran menos de 10 hectáreas arables; sin riego; o dispusieran de un rebaño caprino de menos de 120 cabras de ordeña.

El modelo de gestión

El modelo de organización y de gestión de Prodecoop va transformándose en el tiempo hasta dar curso a la gestión de una compleja red de actores, que en diversos espacios van construyendo representación de actores, institucionalidad local y espacios de interacción que moldean la política pública.

Básicamente, la apuesta es que frente a las respuestas flexibles que requiere superar la pobreza en sectores rurales de las características descritas, se requiere un modelo de organización y gestión de tipo adhocrático, que sitúe en el centro los impactos a alcanzar y desde allí modele el tipo de organización, sus líneas de trabajo y acciones. También un modelo flexible, que se sujete a normas generales de gestión de la administración pública pero que supere los límites de la planificación y financiamiento anual y permita las inversiones necesarias para el logro de sus objetivos.

Se pueden distinguir las siguientes etapas en su construcción:

1. La evaluación ex- ante del programa, desarrollada entre finales de 1995 y comienzos de 1996, a partir de la cual se diagnostican las problemáticas (ambientales, de comercialización, de tejido social) y condiciones territoriales y sociales sobre las que se debe implementar la intervención, así como se identifican las áreas prioritarias que se deben abordar. Durante este momento, también, se desarrolla un interesante proceso de interacción, diálogo y encuentro entre autoridades regionales, provinciales y comunales, junto al equipo de técnicos a cargo del programa. Es en este espacio de diálogo donde comienza a asentarse la convicción y el respaldo político fundamental en los actores institucionales respecto de la iniciativa.
2. La estructuración de tres líneas principales definidas inicialmente por el Programa, Desarrollo productivo, desarrollo social y desarrollo medioambiental. Se diseña el modelo organizativo y se conforma la agencia en la que confluyen equipos especializados que actúan al interior de la institucionalidad y que van enfrentando sistemáticamente el desafío de coordinar sus acciones de manera interna a la par que construir acuerdos con los actores involucrados. Un primer período de dos años (1996 - 1997), da cuenta del comienzo de la interacción y articulación con las Municipalidades de las distintas comunas, como espacios claves para la inserción de miradas y agentes de cambio, que apoyaran técnica y socialmente el proceso. Un segundo momento da cuenta de la conformación de los Departamentos de Desarrollo Rural (DDR), que amplían el personal de las citadas municipalidades y tendrán un rol central en la mantención y seguimiento posterior de los procesos asentados en las localidades.
3. Un tercer período (1998 - 2002), está marcado por el desenvolvimiento de la acción pautada de forma dinámica y sostenida, potenciando los trabajos en las líneas de participación y desarrollo productivo.
4. Un cuarto momento de desestabilización, financiera, técnica y política, que conduce a su cierre como programa y a su reabsorción por el INDAP.

Las líneas claves que aborda el programa, consisten en una serie de objetivos y lineamientos de acción, que incorporan en todo momento una visión técnica conjugada con la necesidad de trabajar directamente en terreno e interactuar cotidianamente con los beneficiarios. En este marco, al interior de los espacios en los que técnicos y campesinos trabajan juntos y coordinan acciones, es fundamental el perfil de las personas que componen el equipo asesor, fortaleciéndose al interior de éstos, la necesidad de considerar las pertinencias culturales del grupo al que se presta apoyo y asesoría, para impulsar aprendizajes mutuos de mayor alcance.

Para entender con más detalle las líneas que implementa el Programa, resulta central comprender la infraestructura organizacional que en los territorios éste diseña y monta, componente clave de la innovación, alcance y sustentabilidad de la experiencia.

Los instrumentos y logros de PRODECOP

Esta iniciativa, durante el tiempo de su funcionamiento - en total seis años -, extendió su acción a un amplio número de usuarios (cerca de 1600 anualmente) en doce comunas de la región. Modificó exitosamente la condición de numerosas familias en el área agrícola, las condiciones de productividad de la tierra mediante proyectos de riego y avanzó en empresas de comercialización. Instaló institucionalidad local, avanzando en procesos de descentralización

intraregionales que permite que germinen, particularmente en algunos de los territorios intervenidos enfoques de desarrollo rural sustentables y sostenibles en el tiempo, con pertinencia local básica, que activan y consideran la participación de las comunidades campesinas como un eje fundamental. Parte de estos se proyectan hoy en la continuidad de nuevos proyectos e iniciativas, además de la mantención y fortalecimiento de organizaciones campesinas.

Un punto central al momento de indagar los procesos por los que atraviesa la experiencia, están anclados en el análisis de la estructura de gobernabilidad y participación que implementa y fomenta para el fortalecimiento de la vida campesina, a través de las siguientes instancias e instrumentos, de alta innovación en el marco de las políticas sociales rurales. Esta estructura, que se va desarrollando durante los procesos de interfaz presenta cuatro figuras claves:

El CONSEJO SUPERIOR, el cual es presidido por el Intendente Regional, y se integra por tres representantes de organizaciones campesinas y funcionarios directivos de entidades públicas con presencia regional y comunal. Este organismo supervisa el cumplimiento de los lineamientos de PRODECOP.

Los CONSEJOS DE DESARROLLO LOCAL (CDL), instancias de participación y coordinación central entre representantes de las comunidades, actores públicos y equipos técnicos, para la definición de las directrices y definir las inversiones y financiamientos a implementar en los territorios. Estos se constituyen, de esta forma, en los espacios fundamentales en los que se realizan los acuerdos de coordinación comunal, y en los cuales ocurren y se desenvuelven los procesos de negociación y acuerdo. Al interior de éstos, los líderes de las comunidades pasan a ser visibilizados como actores con decisión y opinión.

Estos consejos canalizan las demandas y necesidades de las comunidades, desconcentran la información respecto de las acciones que instituciones públicas y privadas desarrollan, y participan activamente en la planificación del desarrollo rural comunal, potenciando la participación en la toma de decisiones. La asesoría técnica de los profesionales de los Departamentos de Desarrollo Rural para sus logros fue fundamental. De esta forma, la decisión sobre en qué localidades se va a invertir y qué proyectos recibirán financiamiento consulta la participación deliberante de los usuarios, de actores técnicos y políticos con conocimiento de los territorios específicos y especializados en las áreas de inversión y desarrollo de obras.

En algunas de las comunas de la Región estos instrumentos se instalan exitosamente consiguiendo que participen regularmente la municipalidad, mediante la representación y presidencia directa de los alcaldes de las respectivas comunas, los funcionarios encargados del Departamento de Desarrollo Rural (que operan como secretaria técnica de los CDL), funcionarios de Dirección de Desarrollo Comunitario (DIDECO) y de la secretaría comunal de planificación (SECPLAC). Por parte de los llamados servicios públicos del agro participan funcionarios responsables de FOSIS, SAG, CONAF, INIA, Dirección de Obras Hidráulicas, el coordinador provincial de INDAP – PRODECOP y en algunas provincias representaciones de la Gobernación. Por parte de la comunidad participan dirigentes de organizaciones vecinales y campesinas, en número variable, nombrados por sus bases con al menos un tercio de representantes mujeres.

Los DEPARTAMENTOS DE DESARROLLO RURAL (DDR), comienzan su funcionamiento en 1998, surgiendo a partir de convenios con las municipalidades en las distintas comunas, y tienen un rol de referente técnico y asesor de los Consejos de Desarrollo Local. Se desenvuelven en torno a la planificación del desarrollo rural comunal, la asesoría a las comunidades campesinas, la captación de su demanda en los temas de desarrollo agropecuario comunal; y la formulación y coordinación de programas y proyectos productivos y sociales posibles de ejecutar en convenio y articulación con las municipalidades u otras instituciones públicas o privadas.

En cuanto a su dependencia administrativa, los DDR se insertaron tradicionalmente en la Secretaría de Planificación Comunal SECPLAC de cada municipalidad, la cual otorgó la infraestructura para su funcionamiento, obteniéndose a través de PRODECOP su financiamiento. Durante su desarrollo, establecen lazos de cooperación con instituciones

públicas, y operan a través del levantamiento de carteras de proyectos entre los posibles beneficiarios, los cuales eran posteriormente discutidos en los CDL.

Los Equipos Técnicos regionales y provinciales de INDAP - PRODECOP IV Región cumplieron funciones de análisis técnico económico de los proyectos elaborados y propuestos desde el nivel local, además de la administración y supervisión general del Programa.

Las líneas de PRODECOP

Las líneas que el Programa diseña e implementa a lo largo de su ejecución, se orientan a los siguientes aspectos y servicios:

Desarrollo Social: sus objetivos principales eran promover la autogestión, la participación y fortalecimiento de las organizaciones campesinas, así como los procesos de descentralización y desconcentración, apoyados en los CDL y los DDR.

Desarrollo productivo: cara más visible del trabajo a realizar, básicamente estaba diseñada para ofrecer servicios de asistencia técnica respecto del manejo predial y de la ganadería, aspectos financieros involucrados, estudio y proyectos de riego, de comercialización y agronegocios, capacitación y comunicación. De esta forma, se propendía a generar un desarrollo territorial que sustentara los cambios esperados a nivel social, enfrentando las tradicionales dificultades de producción y comercialización que habían mantenido en la pobreza a estas localidades.

Los instrumentos de intervención con los que esta línea operó son: Servicio de Asesoría Local Territorial - asesoría tecnológica, organizativa o agrocomercial que era entregada por una empresa privada, integrando a localidades de una misma comuna y dirigida a una cobertura de 80 familias o más -, Servicio de Asesoría Comunal - de manera similar a la anterior, se entregaba en convenio con una municipalidad -, y el Servicio de Asesoría a Proyecto Especial - entregada por una empresa o persona natural, orientada a una cobertura de 80 familias o menos.

Desarrollo ambiental: finalmente, se orientaba a preservar los recursos naturales, a través de actividades de conservación de agua, suelo y vegetación, capacitando, además, como agentes de cambio, básicamente a alumnos y profesores de escuelas locales, campesinos y técnicos. A través de esta línea, se implementaron convenios con CONAF y organizaciones campesinas, contribuyendo, desde su especificidad, al desafío de recuperar importantes superficies agrícolas de la zona en alianza con otras instituciones.

Situación actual

El Convenio de Programación realizado en el año 2002, y que pone término al funcionamiento del PRODECOP, asigna 6000 millones más para las líneas de operación del Proyecto por cuatro años adicionales, aun cuando la estructura sufre un vuelco importante al insertarse dentro del INDAP y de su presupuesto, y perdiendo así la autonomía que había caracterizado al PRODECOP desde su origen. Sin embargo, los procesos en torno a la constitución del campesinado como actor social de relevancia para el desarrollo social y productivo local continúan hasta hoy. Actualmente, existen 13 Consejos de desarrollo Local operando hacia la promoción de la participación, y el fortalecimiento de las agendas de desarrollo pautadas. Además, parte del equipo de PRODECOP pasa a INDAP, en un complejo recomienzo e institucionalización de la experiencia inicial.

Si bien las proyecciones futuras de la experiencia, aún son inciertas, se ha seguido funcionando en torno a las líneas de ejecución central, eso sí, con menos recursos financieros y humanos. Sin embargo, la existencia de experiencias que perpetúan los instrumentos generados durante el funcionamiento del PRODECOP abren luces sobre su potencial de impacto y continuidad en el tiempo.

5.3 La construcción de visiones sobre el mundo rural, la intervención social y las dinámicas de Interfaz y articulación entre actores del espacio local

Las Visiones y paradigmas sobre la gestión pública y el mundo rural que se encuentran

Como ya se ha expuesto, un aspecto clave del surgimiento de esta experiencia, es su origen ligado a un proyecto compartido y liderado desde las cúpulas políticas de la región, particularmente identificadas en la figura del intendente⁶⁰ del momento. Es desde este grupo de actores, que cuentan con la posición y conexiones necesarias y pertinentes, desde donde se originan los procesos de negociación a nivel de administración central en el ámbito rural, y que permitirán instalar, con el apoyo de la institución de cooperación internacional FIDA, el proyecto en la zona. Es desde este origen, además, desde donde se comienza a levantar un primer polo de interacción entre visiones sobre política pública, potenciándose innovaciones y readequaciones profundas al modelo de gestión y estructura para intervenir al campesinado en situación de extrema pobreza, campo donde no había hasta ese momento, una política clara en la región.

Para lo anterior es relevante comprender la pertenencia de este grupo de actores a un sector político tradicionalmente ligado al tema del desarrollo rural y la agricultura: la democracia cristiana, que desde los tiempos de la reforma agraria en los años '60, se ha mantenido cercana al ideario de apoyo y fortalecimiento de este mundo. Se trata, entonces, en primer lugar de un grupo de agentes con una mirada política común sobre la prioridad de este tema luego de años de abandono, y congruente con la de la conducción del país en ese momento también vinculada a la democracia cristiana⁶¹. Lo anterior se refuerza con la masiva adhesión que en la región tiene este sector político, y que se expresa en un amplio sector de consenso que pertenece a este mismo partido – tanto representantes elegidos como autoridades designadas.

De esta forma, desde un primer momento, se potenciará una lógica de consenso y baja conflictividad a nivel político de la iniciativa, la cual se negocia directamente con el nivel central de la institución que le dará cabida, el INDAP dentro del Ministerio de Agricultura. Esta situación, sin embargo, generará un primer polo de tensión, puesto que el acuerdo de instalación del proyecto se realiza a este nivel, y no en el estrato regional, quienes deberán recibir la nueva agencia en desarrollo, pero no necesariamente participan ni aprueban su necesidad.

El proyecto, que nace con una institucionalidad de tipo agencial, permite por tanto una mayor flexibilidad en su gestión y funcionamiento, comenzará desde un comienzo, a despertar desconfianza y recelo desde los funcionarios de la institución INDAP. A este respecto, es clave comprender que pese a que PRODECOP está inserto de manera formal al INDAP, uno de los aspectos más fundamentales que es logrado tras la negociación inicial entre el FIDA, los agentes locales y el gobierno, es que funcione con un marco descentralizado y con un presupuesto autónomo; de esta forma, las decisiones se coordinaban directamente entre Santiago y el Director del PRODECOP, pudiendo éste último socializar las acciones y decisiones con la dirección regional del INDAP, pero sin entregarle capacidad de incidencia. Estas tensiones y confrontaciones, llegarán a tener una relevancia clave en el final del proyecto, una vez que los apoyos y consenso políticos iniciales decaen.

Un segundo aspecto clave es que el Proyecto adquirirá una visión y posicionamiento de alto nivel técnico, asociado a las propias exigencias de la institución internacional. Los equipos se conformarán de acuerdo a altos estándares de exigencia profesional, experiencia relacionada al tema y nivel de perfeccionamiento adquirido. Pese a que se reconoce la existencia de presiones políticas para poder seleccionar a funcionarios de un sector político cercano o con

⁶⁰ Dentro de la estructura administrativa estatal del país, el Intendente es la figura máxima al interior de una región. Como ya se dijo, este Intendente completará una duración total en el cargo de 12 años. Es también una de las figuras emblemáticas del partido en la zona.

⁶¹ En el tiempo en el que se comienzan a gestar las primeras conversaciones para instalar el PRODECOP en la región, es Presidente de la República Patricio Aylwin, y en el período posterior, cuando efectivamente se logra su comienzo, Eduardo Frei, ambos exponentes altamente tradicionales y representativos de la Democracia Cristiana.

determinada vinculación, el que el criterio técnico de excelencia prime genera también una tensión inicial que choca con las lógicas predominantes al interior de la gestión pública estatal y municipal que prioriza la mantención de los equilibrios y cuotas políticos en la designación de los cargos. Estas presiones se mantendrán con diversos grados de protagonismo a lo largo del tiempo, sin adquirir una magnitud crítica en ningún momento, aunque sí obstaculizadora de las acciones y propuestas, sobre todo, en los ámbitos comunales de mayor dificultad, tanto para ponerlas en marcha, como para poder finalmente contar con el personal más idóneo para su implementación.

Finalmente, es clave también recalcar que, una vez que el equipo de trabajo del PRODECOP ya se ha articulado en su primera versión, se comenzará la tarea, en forma conjunta con el grupo de consultores del FIDA, de construir el modelo y directrices de intervención. Este proceso se desarrollará articulando tres fuentes y visiones sobre desarrollo rural:

- La experiencia de otros modelos puestos previamente en ejecución por el INDAP para atender a poblaciones vulnerables
- Las visiones de la FIDA, con un fuerte énfasis en el empoderamiento y el fortalecimiento de la participación del campesinado en su proceso de desarrollo
- Las recomendaciones e iniciativas del equipo de profesionales conformado

De esta manera, la primera formulación del modelo provendrá de una visión y lógica eminentemente construida “desde arriba” que comporta visiones sobre el mundo rural y sus procesos, asociado a la necesidad de fortalecer procesos de desarrollo rural y de transformación productiva. El principal énfasis estará puesto en los aspectos productivos de la intervención, - existe un fondo de inversión en busca de una cartera de proyectos que incidan en la pobreza - con un foco en la innovación que se traduce en la necesidad de generar acciones con mayor pertinencia a la realidad sociocultural con la que se trabaja, y de diseñar instrumentos de participación y decisión de representantes campesinos.

Este aspecto será clave para el proceso de instalación de la política, su interacción con los beneficiarios, y los éxitos y fracasos que se construyen en este tránsito.

Los espacios de conflicto, negociación y choque entre visiones modernizadoras

Cuadro 1: Aspectos que generan tensión durante la ejecución del PRODECOP

ASPECTOS CLAVES	LÓGICA A LA QUE ENFRENTA
Modelo Agencial de funcionamiento, flexible e integrador del PRODECOP	Lógica burocrática y procedimental de institucionalidad de origen, que no permite cambios y dificulta innovaciones
Instalación negociada directamente en el nivel central	No se genera un consenso a nivel regional con respecto a la instalación del Proyecto: roces de poder
Reclutamiento de equipos y profesionales desde lógica técnica por sobre la política	Lógica de los consensos y equilibrios políticos a nivel regional y comunal
Nivel de salarios del equipo, en función del nivel de calidad técnica y experiencia evidenciada	Recelos y desconfianzas desde funcionarios del aparato tradicional, con ingresos menores, pese al tiempo de servicio en la institución
Visiones sobre desarrollo rural y participación al interior del equipo PRODECOP	Encuentros y choques internos de magnitud leve
Interacción con actores locales, con los que se generan procesos de negociación para avanzar en las acciones planteadas	Estilos autoritarios y verticalistas de algunos alcaldes; reticencia frente a modelos de acción del Proyecto
Innovación en el modelo de política e intervención “desde arriba” para contribuir a superar pobreza	Lógica y rasgos socioculturales de los campesinos no permiten la innovación y desarrollo

El proceso de instalación de la política y el encuentro con la lógica campesina.

El proyecto se desarrolla de una manera continua aun cuando se van sucediendo numerosos nudos críticos y tensiones asociadas a las diversas visiones que coexisten dentro del equipo y a las propias lógicas y respuestas de sus destinatarios a las diversas líneas de acción y componentes. Algunas de éstas sufren una readecuación, mientras se diseñan y ponen en marcha otras en el camino.

Antes de profundizar en estos temas, es interesante destacar la existencia de dos aspectos que serán claves durante todo el desarrollo del Proyecto:

- La conformación de un equipo marcado por un **estilo y lógica de trabajo** profundamente definidos por el énfasis a la proactividad, la capacidad de propuesta y la flexibilidad. Este equipo estaba mucho más orientado al cumplimiento de resultados y metas, más que al cumplimiento estricto de un horario y un marco de trabajo propio del “funcionario clásico”.
- Pese a las diferencias de visiones internas, todos los ex – funcionarios entrevistados evidencian un fuerte compromiso con la problemática del mundo rural y la necesidad de responder a los objetivos de su desarrollo antes que al cumplimiento de procedimientos estructurados de forma rígida y centralista. Así, existirá una fuerte mística en torno a la labor desarrollada, que es difícil de apreciar en el funcionario común de nuestro aparato público, y será clave para comprender el tipo de conflictos que se generan al final.

Los roces que se generarán al interior del equipo, en todo caso, serán menores, predominando las relaciones de cooperación y articulación en la mayoría de los casos. Sin embargo, es interesante distinguir como incluso, desde un primer momento, existen tres temáticas claves que generarán tensiones en la interfaz que desarrolla la experiencia:

1. Las visiones sobre el desarrollo rural, que para ciertos actores de Prodecoop involucran una intervención a partir de la realidad del campesinado, que de cuenta de sus intereses, demandas y potencialidades y otra, más compleja, que encadena la intervención a un proceso de modernización y sustentabilidad de las inversiones productivas. Esta última busca el quiebre de las lógicas tradicionales de producción y comercialización, conectando los desafíos del campesinado pobre con las dinámicas de internacionalización y los grandes mercados nacionales, pero que asume la tensión de conciliar ello con los procesos sociales, puesto que se planifican acciones que incorporan un fuerte componente de transformación de las actividades tradicionalmente desarrolladas por los campesinos. En torno a estas transformaciones existirán diversos énfasis que estarán en constante tensión durante el proceso y pese a que desde los lineamientos centrales y desde la intervención concreta, prima la primera visión, la segunda produce e impacta con mayor significado en la vida regional, tanto en sus éxitos como en su fracasos.
2. Las tensiones político-técnicas y la incidencia de la participación local. El proyecto involucra fuertemente espacios de interacción sistemáticos entre “destinatarios”, “técnicos” y “políticos”, al interior de los Consejos de Desarrollo Local y Consejo Superior. Los nudos críticos se relacionan con las propuestas comunales decididas como proyectos para su posterior financiamiento y las decisiones de operacionalizarlas en las instancias regionales de dirección del PRODECOP. La tensión se expresa en el respeto a esa voluntad comunal y los criterios técnicos-productivos de alcance regional. Estas visiones, en general, estuvieron en equilibrio, aunque se tomaron decisiones durante el proceso que pusieron efectivamente la prioridad de lo social-comunal ante lo técnico, como es el caso de la incorporación de una estrategia de desarrollo provincial en torno al turismo rural, en una zona donde no existían previamente ninguna dinámica que potenciara esta actividad⁶².

⁶² Este es el caso de la Provincia de Limarí, donde, de acuerdo a las propuestas generadas dentro del Consejo de Desarrollo Local, se levantó esta propuesta, la que finalmente ha inspirado una serie de acciones e iniciativas fortalecidos hoy desde la Gobernación y el Programa Territorial Integrado en

3. Los impactos de estos procesos en la organización del campesinado. Las dinámicas inducen cambios en las formas de representación del campesinado que adquieren un alcance regional, aunque sustentado en la oferta estatal, lo que pone en riesgo su conformación autónoma al finalizar dicha oferta.

La interfaz en el proceso de construcción social del modelo

Durante la primera etapa de funcionamiento del Proyecto (1995 – 1998) se definen los principales lineamientos de operación, contruidos principalmente desde los aportes ya mencionados, y la necesidades que impone la propia ejecución. Estas dicen relación, fundamentalmente, con el establecimiento de estrategias y acciones que permitiesen efectivamente llegar a quienes se había prometido, los campesinos en situación de extrema pobreza⁶³, para lo cual se hacía necesario, por un parte, implementar espacios de contacto y nexos desde los territorios locales y comunales, y por otra, fortalecer su participación y aparición como actores con opinión en el espacio público.

Entre los principales componentes que se construyen y moldean en torno a esta visión se cuentan:

A) Los Concejos de Desarrollo Local

Estos espacios de diálogo y participación⁶⁴ en su formulación inicial se diseñan como espacios consultivos de discusión y referencia sobre los proyectos de desarrollo productivo originados en la zona. La integración del campesinado en la primera etapa se hace sobre la base de la selección de 1 o 2 personas vinculadas a la Juntas de Vecinos de las localidades de la zona, que comienzan a canalizar la información de la disponibilidad de recursos para proyectos de inversión productiva y riego. En este sentido, surge una demanda de interacción desde las localidades para difundir la información que permita acceder a los recursos disponibles. Las necesidades y demandas comienzan a llegar a los funcionarios de Prodecoop, encargados de difundir un programa que cuenta con importantes recursos para invertir. Son propuestas individuales o familiares de pequeña escala, cuya evaluación y decisión obliga a fortalecer un mecanismo transparente de asignación de los recursos y contar con información pertinente sobre los territorios.

Ello impulsa dos procesos: por un lado se añadirá en esta versión de los CDL, la atribución de decidir sobre la priorización de estos proyectos, de acuerdo a las necesidades de la comuna y los principales potenciales de cada sector, lo que hace que la opinión de las representaciones campesinas tomen progresivamente un nivel de protagonismo muy importante al interior de la institucionalidad pública regional, generando su lenta pero progresiva adhesión y confianza hacia el proyecto. Por otra parte fortalece en la base una dinámica de integración activa a las organizaciones vecinales en una primera etapa, que incide en la democratización de las representaciones.

Luego emergen las organizaciones de los pequeños productores, modificando parcialmente y poco a poco las formas de representación de los intereses de los campesinos, particularmente de aquellos con potencialidad de desarrollo con el apoyo del programa, tendiendo a ser postergadas las lógicas territoriales de representación.

A este Consejo se añadirán además, la figura del Consejo Superior, instancia de discusión regional sobre los lineamientos del proyecto y el desarrollo rural, en el cual se da la oportunidad

marcha en la zona. El turismo es hoy uno de los dos ejes claves de desarrollo estratégico para la Provincia.

⁶³ Una de las principales dificultades de la política pública hasta ese momento, como se mencionó en la primera parte (**poner página**) del primer apartado, había sido la imposibilidad de generar redes y lazos con los campesinos en situación de pobreza extrema. Esto, fundamentalmente debido a su ubicación geográfica y aislamiento, tradicionalmente instalada en terrenos de difícil acceso y transporte.

⁶⁴ Todos estos instrumentos están descritos de forma más específica en el primer apartado de esta sección, **pág.**

de que representantes campesinos interactúen cara a cara con los principales representantes técnicos y políticos a nivel regional del PRODECOP. Los campesinos deben resolver pasar de formas de designación a formas democráticas de representación. Estas obligan a hacer converger los intereses y demandas territoriales, estructurándose provincialmente. Estos procesos se realizan formalmente con apoyo de las gobernaciones, particularmente en ciertas áreas del territorio, donde desde la convocatoria de Prodecoop y las Gobernaciones, se efectúan asambleas que eligen a sus representantes. Todos estos instrumentos se ponen en marcha entre 1996 y 1997, con efectos en la activación de un cuerpo de dirigentes vecinales, locales, productivos, que se vinculan a espacios locales, provinciales y regionales, formando un tramado de diálogos y procesos de alcance regional.

B) Departamento de Desarrollo Rural

En la misma línea, se crean estos departamentos bajo la noción de la necesidad de generar un espacio que permitiese, por una parte, fortalecer una relación más permanente y cercana con los campesinos y sus demandas a levantar como proyectos, y por otra, desarrollar un acompañamiento y supervisión técnica y financiera durante todo el proceso de desarrollo de las iniciativas financiadas. La estrategia es justamente instalar este instrumento al interior de las municipalidades, que es la instancia pública más cercana a estos campesinos en los diversos territorios.

Al comienzo todos estos instrumentos parten con algunas dificultades de coordinación y articulación de todos los actores que los conforman, debido fundamentalmente a los intereses que se cruzan en este primer acercamiento y encuentro. Estos se relacionan con las demandas institucionales locales de financiar propuestas de inversión propias, lidiar con lógicas clientelistas, visiones culturales que cuestionan que el desarrollo del territorio tenga una posibilidad mediante la inversión en el campesinado pobre, los comuneros y cabreros, o las demandas de integración de personal de confianza de las autoridades locales. El resultado de estos procesos de negociación local es positivo, logrando instalar los DDR y CDL en 12 de las comunas de la región, y generando relaciones de complementariedad y apoyo en gran parte de sus miembros e integrantes. Es la instalación directa, con financiamiento propio y personal seleccionado mediante concurso público (hacia el año 2000) lo que permite a la agencia terminar de conformar su cuerpo de acción, operando con un desigual avance y compromiso de las autoridades locales con el proceso.

Los factores claves que contribuyen a operar con mayor o menor éxito en los territorios se relacionan con los estilos de gestión – más autoritario o participativo – la sumatoria o distancia de los Alcaldes de las comunas, que incide en frenar o potenciar el desarrollo de estas instancias⁶⁵; el profesionalismo y compromiso de los equipos del DDR; y el liderazgo de los representantes campesinos, los que podían llegar a contrarrestar o no estilos impositivos y clientelísticos del poder local y de otros actores allí presentes, manifestando sus demandas, intereses y puntos de vista. En dos comunas - Canela y Los Vilos - este proceso se instala alcanzando un alto respaldo local, convergencia de intereses y confluencia de visiones de desarrollo rural. En otras comunas de la Región, se expresan conflictos y tensiones con la lógica de intervención en el desarrollo productivo que promueve Prodecoop, lo que se aborda más adelante.

Es en estos espacios, entonces, donde se desarrollan mayoritariamente las interfaces e interacciones de sentidos y lógicas presentes en los territorios y comunas; aquí se desenvuelven las lógicas de poder que intentan limitar la participación de los campesinos, o imponer los propios intereses de corte político en una zona, por sobre los de otro tipo, como también se manifiestan las propias aprehensiones, orientaciones y significados que los campesinos en forma individual asignan a la intervención, así como las visiones e intereses para la priorización y orientación de los proyectos.

La situación, de todas formas, es con frecuencia referida por sus participantes como un rico aprendizaje democratizador de las relaciones en el espacio local, y catalizador de nuevas redes

⁶⁵ Resulta central recordar, en este tema, que es el Alcalde quien preside los CDL, y quien debía sumir progresivamente un compromiso APRA cofinanciar, junto al PRODECOP, el equipo técnico del DDR.

y articulaciones en torno a ideas y visiones. Uno de los aspectos más relevantes, en relación a este punto, es el claro fortalecimiento y protagonismo que algunos CDL llegarán a alcanzar, con dirigentes capacitados y potenciados en sus habilidades dirigenciales, en la comprensión de las lógicas de negociación y desarrollo de iniciativas, y de ampliación de estas miradas en sus respectivos territorios y organizaciones⁶⁶. Los CDL logran generar involucramiento y desarrollan liderazgos⁶⁷ relevantes, de manera especial en algunas comunas; asimismo, al interior de estos espacios surgen interesantes propuestas y visiones sobre el desarrollo comunal, que comienzan a ser conocidas y compartidas de manera más amplia y fortalecidas.

Con respecto a los DDR sucede una situación similar. Si bien al comienzo son mirados como “bichos raros” al interior de la municipalidad, progresivamente son incorporados y valorados como recursos claves dentro de estas instituciones, pues aportan una significativa capacidad técnica y profesional que tradicionalmente es deficitaria en este tipo de organismos⁶⁸. En aquellos casos donde el Alcalde, de hecho, se involucra y compromete con las acciones que se generan desde los DDR y CDL, de hecho, es posible fortalecer iniciativas coordinadas entre todos los actores participantes, para generar alguna inversión conjunta o apoyo particular en un plazo mayor, o para potenciar los instrumentos del programa con otros existentes desde la Municipalidad. La expansión de las visiones que encarnan los DDR, en todo caso, será un proceso de largo aliento entre los funcionarios municipales, evidenciándose ciertas dificultades para incorporarlos a la lógica de trabajo conjunto con los campesinos, cuando se deben gestionar ciertos procedimientos o acciones que éstos emprendan⁶⁹.

En el caso de las instituciones públicas que también participan en los espacios de encuentro, la tónica de las relaciones también estará marcada por la cooperación y el desarrollo de estrategias de acción conjunta, con mayor o menor intensidad, dependiendo de los intereses que se complementen y las propias voluntades. Es así, como en el plano medioambiental se generan interesantes convenios que permiten reforestar amplias áreas de la región y optimizar los recursos existentes en ambas instituciones para mejorar las condiciones generales del entorno. También, desde esta perspectiva, se genera una interesante alianza con la institución orientada al desarrollo turístico, desarrollando interesantes experiencias en el campo del turismo rural en algunas de las iniciativas productivas campesinas que se impulsan.

De esta forma, las propuestas del PRODECOP son muy bien recibidas por estas instituciones, aún cuando no se logra expandir la noción de participación que irradia el programa. Un conjunto de limitantes normativas y de especialización para el diálogo, hace que las articulaciones desde los CDL a estas fuentes de inversión regional tenga tope de legitimidad

⁶⁶ Todos los dirigentes campesinos entrevistados durante la investigación coinciden en la enorme valoración que tienen, tanto del PRODECOP, como de este espacio en particular, que les ha permitido desarrollar capacidades internas que no conocían previamente, y les ha entregado valiosas experiencias y posibilidades de formación y conocimiento de otras iniciativas del mundo rural en el país. Reconocen especialmente la posibilidad de ganarse un espacio al interior de sus municipalidades, y generar relaciones de cooperación con los actores políticos y públicos de su comuna. Se sienten considerados e integrados en las acciones que se orientan hacia una dirección común en su localidad: el desarrollo comunal: *“Entonces esa participación a nosotros nos enriquece, porque es primera vez que hay un organismo que nos deja tomar una decisión, como dirigentes y como campesinos, frente a los colegas campesinos, entonces eso es rico porque cuesta hallar una instancia de poder actuar así, donde realmente se valore la acción del dirigente”* (Dirigente Los Vilos)

⁶⁷ Dos de los CDL de la región fueron distinguidos con el Premio Innovación y Ciudadanía, del Programa Ciudadanía y Gestión Local en Santiago. Incluso en relación a este premio, sus representantes campesinos hicieron valer su opinión y visión con respecto a qué se debía hacer finalmente con el premio. Dentro del CDL de la comuna de Los Vilos, incluso, los dirigentes exigieron generar una instancia válida para la elección de los representantes del CDL, pues ellos mismos habían sido elegidos directamente por el alcalde al comienzo, para conformar esta instancia; de esta forma convocan y organizan un encuentro de campesinos de la comuna, en el cual vuelven a salir elegidos, pero esta vez validados por sus representados. Existen, eso sí, comunas donde tanto antes como hoy, los CDL no alcanzan nunca a adquirir tanta fuerza, como en otras.

⁶⁸ De hecho, algunos DDR comienzan a generar nuevos recursos para las municipalidades, postulando a otros fondos externos y mejorando la calidad técnica de los proyectos financiados.

⁶⁹ Dentro de la municipalidad, es principalmente el Alcalde o su representante, además de quienes conforman el DDR, los que participan en los CDL. El resto de los funcionarios, muchos de los cuales han seguido una carrera funcionaria al interior de estas instituciones, no empalman fácilmente con esta visión y lógica de desarrollo participativo rural.

para poder generar cambios sustantivos ni incidir fuertemente en la toma de decisiones para emprender iniciativas conjuntas⁷⁰.

En términos de la coordinación provincial y regional que se hace del Programa, existen ciertas complicaciones menores, especialmente al comienzo, en términos de lograr un efectivo afiatamiento entre los diferentes componentes considerados en las diversas unidades de funcionamiento. Así, los coordinadores provinciales, quienes deben articularse con los DDR y CDL, también evidenciarán problemáticas similares a las recientemente descritas: complicaciones en el caso de los DDR insertos en un municipio con un alcalde reticente a la lógica implementada, o en la que los mismos equipos están compuestos por actores reclutados por una lógica más bien política que técnica. Sin embargo, ya hacia los últimos años de operación, se logra pactar con los alcaldes para instalar fundamentalmente profesionales seleccionados técnicamente, avanzándose considerablemente en este tema⁷¹.

Un segundo aspecto clave dentro de este proceso de implementación del Proyecto, son las acciones de tipo productivo. Esta obedece a dos lógicas que se tensionan, complementan y plasman de manera diferenciada en los territorios: una es la que se centra en el apoyo al desarrollo de la economía familiar campesina – fortalecida desde el componente social del programa - y la otra integrada, ya hacia la segunda fase de desarrollo (1999 – 2002), de visiones más técnicas que promueven iniciativas productivas y comerciales de corte asociativo más amplias. Es en este momento se incorporan nuevos miembros al equipo y se fortalecen dos áreas que no estaban completamente desarrolladas anteriormente y que son parte de las exigencias del FIDA: **riego y comercialización y agronegocios**.

En particular, el que estas áreas partan con cierto retraso con respecto al inicio de las acciones del proyecto, será percibido en las visiones de parte de los integrantes de Prodecoop como una importante brecha para plasmar una de las visiones de las modernizaciones propuestas. Particularmente el área de comercialización y agronegocios, considerada un “cuello de botella” clave para contribuir a una superación sostenible de la pobreza y de inserción del campesinado en una corriente de desarrollo modernizadora del agro conduce a la apuesta por la generación de empresas asociativas que permitan, por un lado la acumulación de volúmenes productivos capaces de interactuar a escalas mayores, nacionales e internacionales- modificando la relación de dependencia de los productores con los intermediarios. También asociar para reconvertir rubros productivos a otros más rentables o hacer un uso más intensivo del potencial de tierra.

Introducir estos cambios, suponen alterar lógicas e intereses inmediatos – que demandan tiempos sociales de construcción y apoyo importantes en recursos y competencias técnicas. Al respecto, resulta clave profundizar en el proceso mismo de implementación de la política en las iniciativas productivas y sus problemáticas, por ser éste el ámbito central dentro del Proyecto, y el que se suponía impactaría directamente en el mejoramiento de la calidad de vida de los campesinos pobres.

Las lógicas del campesinado

El campesino al cual se dirigen los esfuerzos principales del proyecto es una población altamente heterogénea. Algunos grupos han vivido orientados al desarrollo de una agricultura esencialmente de subsistencia, obteniendo magros ingresos asociados al queso de cabra y marcados por un destino heredado de difícil apelación⁷². Otras, se orientan a la horticultura o

⁷⁰ Este es un nudo crítico común de las experiencias de mesas de negociación y participación que se han puesto en marcha en el país desde diferentes programas públicos y privados. Si bien parten con un respaldo del nivel directivo de las diferentes instituciones, con el tiempo la presencia de estos agentes decae, y se termina enviando a representantes que van cambiando a lo largo de las reuniones, y que no cuentan con las atribuciones necesarias como para comprometerse a cambios ni acuerdos significativos.

⁷¹ De esta forma, uno de los ex - Coordinadores Provinciales del PRODECOP entrevistado dice: “Y logramos que las personas que se incorporarán al DDR en el año 2000 hasta el año 2002 fuera gente elegida todos por concursos públicos”.

⁷² En el primer **apartado** de este caso, se hace alusión a las características culturales del campesinado de la IV región y su vida al interior de las comunidades agrícolas.

cultivos de baja intensidad donde las principales preocupaciones están centradas en el día a día, operando fundamentalmente con una lógica de corto plazo. De esta forma, aun cuando los campesinos reciben los beneficios del PRODECOP con alegría, evidencian pocas esperanzas de que esta ayuda constituyese un medio efectivo para un cambio profundo de su realidad.

Otras se dedican a la agricultura en zonas rurales en proceso de cambio y transformación hacia una nueva ruralidad que ofrece nuevas oportunidades al campesinado a través del turismo y servicios. En estos sectores parece haber una actitud más abierta al cambio.

En este marco, Prodecoop promueve una activa oferta de recursos y apoyo técnico para iniciativas de inversión productiva. En efecto, se financian y asesoran técnicamente un gran número de propuestas provenientes de todos los estratos, altamente diversa y de pequeña escala. El sentido es, que las propuestas con viabilidad técnica, no quedaran fuera. Eso coloca la iniciativa en manos de los campesinos y los cabrerros.

Uno de los factores claves en esta política, que va mostrando éxitos en diferentes lugares, es que con ello se abre un espacio para apoyar técnicamente y financiar las propuestas que promueven **el desarrollo empresarial de la economía familiar campesina**, modificando⁷³ y otorgando especificidad a la experiencia y las orientaciones de las inversiones en el mundo rural pobre. Este punto clave, no es colectivamente elaborado en prodecoop como norte y rumbo de su política general, sino opera así mediante la apertura de los procesos de participación y el canal de información y flujo de propuestas que van instalando sus representantes en los CDL.

Para los miembros que desarrollan estas experiencias, particularmente en las exitosas, las soluciones implementadas encarnan “representaciones ideales sobre el trabajo comunitario familiar, el esfuerzo por la libertad y los deseos de autonomía dentro de la trayectoria vital de sus miembros”: En estas experiencias se genera compromiso en torno a una meta común, lo cual involucra el cumplimiento de funciones con perseverancia y esfuerzo entre sus miembros. La familia aparece como un lugar de apoyo para el emprendimiento de sus integrantes y a partir de allí y con el trabajo de asesoría, son capaces de diferenciar los roles en la producción y la administración, fortaleciendo su capital social: confianza y cooperación en la familia.

Prodecoop acoge y propicia iniciativas de este tipo, ofertándolas como alternativas de desarrollo a las familias, formalizando el quehacer como empresas e interviniendo en cuatro campos que promueven el desarrollo de las experiencias: colabora en construir representaciones sobre la vida económica campesina, a organizar la producción y el proceso de intercambio de productos, fortalece el capital social en los grupos familiares y la convergencia de intereses y de expectativas entre sus miembros. Las iniciativas exitosas son de pequeña escala, pero potencian cursos de acción y emprendimientos que comienzan a ejecutarse en escalas más amplias desarrollando estos procesos.

En este sentido, la interacción con el campesinado va avanzando en una lógica de cooperación, reciprocidad y generación de confianzas. El sistema de decisiones adoptado sobre los proyectos a invertir dirige las propuestas hacia un CDL de composición mixta, que aplica criterios de falibilidad técnica y económica para seleccionar las inversiones. Los campesinos aceptan la instancia y su preocupación es que sus representantes sean elegidos, democratizando la representación en cada comuna y dentro de éstas con criterios geográficos. Con conflictos menores, en este ámbito el sistema funciona.

En diversas experiencias Prodecoop promueve la innovación y éstas tienen como base la integración de la familia – especialmente las mujeres. Particularmente interesante resultan las experiencias de producción de flores – instalada con gran éxito en un par de experiencias - y la producción apícola, donde resulta clave el nivel educacional, así como la menor edad, y mayor apertura al cambio de sus integrantes⁷⁴. En el caso de la apicultura, su instalación parte de

⁷³ Sistematización y evaluación de experiencias de empresas campesinas en la IV Región.

⁷⁴ Experiencias paradigmáticas al respecto, son las que se articulan en torno a la producción de flores y un rubro emergente en la zona: el apícola.

una oferta de Prodecoop, que va demostrando que puede ser un rubro que se agregue a las actividades productivas ya en marcha, de baja intensidad en uso de mano de obra, donde puede trabajar el núcleo familiar y que reporta altos ingresos adicionales por un producto rentable: la miel. En el caso de las flores, los proyectos exitosos tienen como claves a un grupo familiar que ve en Prodecoop la oportunidad de sacar adelante una apuesta para el desarrollo familiar.

Para un sector de Prodecoop, el desarrollo de la economía familiar campesina sin embargo, no afectaría los factores más generales que mantenían a una gran población bajo condiciones de pobreza. Así se va elaborando e instalando hacia 1999-2000 también un tipo de intervención que expresan una apuesta modernizadora más amplia: reconvertir y ampliar la producción hacia productos rentables y con mayor valor agregado, mejorar las condiciones de productividad mediante riego y equipamiento y asociar para comercializar en mercados nacionales e internacionales.

En este eje del desarrollo productivo es donde se expresan aciertos, conflictos, tensiones y choques, que dicen relación con claves técnicas y teóricas que, sin embargo, encuentran su punto de tope básico con las lógicas socioculturales y simbólicas de este campesinado y resistencias explícitas e implícitas generadas desde una sociedad civil local prearticulada.

Estas lógicas y procesos, que se expresan en los resultados y nudos críticos de la intervención, envuelven enseñanzas relevantes para el proceso de instalación de las políticas públicas en pobreza rural a nivel local, los cuales, sin embargo, no han podido ser traspasados ni difundidos hacia otros espacios institucionales.

La reconversión productiva opera en diversos proyectos innovadores. Los casos más exitosos, basados en el apoyo a familias concretas con vocación de emprendimiento son los de la producción de flores –dos experiencias– y la plantación y producción de limones que se desarrolla con un número importante de campesinos en la zona, más de 70, que efectivamente logran mejorar notablemente su productividad y la calidad del producto.

Los proyectos de riego son en general exitosos. Las alternativas técnicas de solución a la disponibilidad de agua en forma asociada, mejora las condiciones de producción en rubros tradicionales con importante impacto en las condiciones de vida y en la superación de la pobreza. Los intereses en este campo convergen y se desarrollan sin grandes conflictos y alimentados por una lógica de cooperación y complementariedad entre vecinos. Los sistemas de regadío instalados conectan a redes de abastecimiento a pocas familias en un espacio o villorrio, parten de un interés efectivo de los campesinos y por lo tanto de acuerdos básicos, que no generan mayores tensiones.

Otras dimensiones de la oferta modernizadora de Prodecoop son las que generan fuertes tensiones:

En su desarrollo Prodecoop propone e implementa una política de producción y comercialización asociativa que impacte en la escala de las soluciones y genere un flujo hacia el desarrollo productivo: hacia los crianceros, los productores de limones y productores tradicionales de hortalizas.

Los principales nudos críticos en los procesos de interfaz se pueden establecer en torno a los siguientes proyectos de inversión:

i) Los crianceros

Hacia los crianceros se busca mejorar la calidad y elaboración del producto final – el queso de cabra– tras objetivos de comercialización y mayor competitividad en los mercados locales y nacionales. Esta supone levantar centros de acopio de la leche de cabra, asociando un número crítico de crianceros -e instalar centros productivos dotados del equipamiento adecuado para el procesamiento y elaboración de productos que pudieran ser certificadas sanitariamente y se levantarán como alternativas de quesos finos, más saludables y con competitividad en el mercado nacional.

También se les propone utilizar espacios de tierra disponibles, con alternativas de riego, para desarrollar rubros adicionales- como plantaciones de árboles frutales. Este diálogo entre crianceros y la oferta de prodecoop abre espacio a diversos proyectos de este tipo. Sin embargo, la prioridad por su actividad primaria y las características culturales claves, como la transhumancia de los crianceros de cabra en las comunidades agrícolas, quienes en ciertos períodos del tiempo, requieren llevar a su rebaño a pastorear a otras tierras, donde además se desarrollan intensas formas de sociabilidad, hace inviable el desarrollo de los proyectos en varios estos grupos, ya que estos requieren estabilidad y permanencia, como el caso de los árboles frutales o el acopio de los productos lácteos a tiempo para garantizar buenas condiciones sanitarias, requisito indispensable para su certificación posterior⁷⁵.

En estas experiencias se genera una situación en la cual los socios finalmente comienzan a separarse, o tienen roces personales que no logran finalmente resolverse. En el caso del queso de cabra, de forma específica, además se choca con una limitante de mercado importante, cual es la debilidad con la que se exige el cumplimiento de estándares sanitarios en la región para este producto; esto implica que las agrupaciones que invirtieron finalmente en las maquinarias para procesar queso de calidad y certificación, debieron entrar a competir necesariamente con los quesos fabricados en las condiciones anteriores, y por tanto, de un costo mucho menor, lo que se agudiza por la falta de capacidades en los miembros para comercializar en otros mercados y sectores su producción. Finalmente, los propios socios se transforman en proveedores de la leche para su iniciativa empresarial, vendiéndola a alto costo, y frustrando así las posibilidades de éxito de las empresas.

ii) Los productores de limones

La producción de limones tiene un gran éxito. Un conjunto importante de productores se vuelcan hacia este rubro, mejorando notablemente la calidad del producto y su situación individual. Prodecoop, levanta la asociatividad como medio de comercialización, promoviendo la creación de una importante empresa comercializadora. Se promueven giras de negocios hacia el norte del país y se abren caminos a la exportación. Todo ello requiere la conformación de una empresa de comercialización capaz de desarrollar el acopio de la producción, la selección de los productos y su puesta en el mercado. El objetivo era que el excedente y la rentabilidad de las inversiones desarrolladas quedara en manos del campesinado.

Se apela para esta función a mecanismos asociativos de los propios productores, dada la restricción de inversión en otras fuentes. A la sociedad que da origen a esta empresa se integran cerca de 74⁷⁶ socios pequeños productores que comienzan a exportar y a comercializar sus productos por esta vía. Esta empresa resulta en un gran fracaso. No se registran en ella las claves básicas de confianza, reciprocidad y pertenencia que caracterizan los proyectos familiares, por lo tanto las adhesiones de los socios a los procesos de trabajo y dinámicas que marcan su desarrollo son más bien instrumentales y desde claves ajenas.

El negocio tanto de la exportación como la colocación de limones en gran escala en el mercado nacional implicaba algunas complejidades relacionadas básicamente con los tiempos de obtención de los retornos monetarios, que fluctúa entre los 30 y 90 días. Los intereses de cortoplazo de los productores hacen que al no ver un retorno directo en el tiempo siguiente a la inversión⁷⁷, dejan de vender su producción allí y operan por fuera de esta sociedad, fundamentalmente a los intermediarios, retornando a sus prácticas tradicionales. No

⁷⁵ Los aspectos enunciados en este apartado están fundamentalmente procesados a partir de la información contenida en las entrevistas realizadas, así como de material documental secundario encontrado en el " informe "Sistematización y Evaluación de Experiencias de Empresas Campesinas en la IV Región", informe del Programa de Estudios Desarrollo y Sociedad Predes de la Universidad de Chile, Enero 2003, efectuado para Prodecoop.

⁷⁶ De las comunidades Las Damas, la Calera, Cerro Blanco y Los Trigos.

⁷⁷ Al respecto, es importante considerar que las dinámicas de comercialización funcionan con diferentes plazos de retorno de la inversión, los que van entre 30 a 90 días. Los campesinos, de esta forma, observaban la demora que tenían estos ingresos en retornar, y rápidamente se decepcionaban y comenzaban a buscar otras alternativas para obtener recursos, o retornaban a sus lógicas previas.

se retiran de la sociedad porque la tienen como alternativa de venta para los períodos en que los precios de compra de los intermediarios se hace más bajo. Esto impedía cumplir con los volúmenes necesarios de entrega para vender colectivamente la producción a intermediarios de mayor nivel o para exportar. En general, sucedió que sólo un número limitado de dirigentes creyó y logró las claves de proyección común, confianza y reciprocidad para continuar trabajando, sin contar ni con el respaldo ni la confianza necesaria para levantar metas de grupo, de parte del resto de los socios, lo que hace fracasar el proyecto emblemático de Prodecoop en la zona.

Una dificultad en esto es que los campesinos no proyectaban las iniciativas que emprendían en este campo como una posibilidad de dar un giro efectivo a su vida y condición de pobreza. En general, seguían reproduciendo la misma visión e identificación en torno a polos más tradicionales, que difícilmente lograban conciliar con las imágenes de “campesinos modernos”, reorientados productivamente e insertos en los mercados internacionales que Prodecoop en parte levantaba.

Otro ámbito de complejidad es que en las empresas de agronegocios se reproducen las dinámicas assembleística de la organización social. No se logran separar los ámbitos personales y sociales dentro de las asambleas de los criterios netamente comerciales, tomándose decisiones poco acertadas desde esta última perspectiva.

Por último, las propuestas encuentran límites en las condiciones de transformación del campesinado en empresarios de negocio y comercialización, hace muy difícil que los campesinos puedan por sí mismos abrir redes y puentes de distribución y comercialización de sus productos en esferas mejor remuneradas y posicionadas, pues esto les exigía competencias adicionales a las meramente productivas.

Lo anteriormente descrito desencadena que, si bien existieron proyectos que generaron éxitos reconocidos y que perduran hasta hoy, también existieran algunos fracasos de gran proporción, especialmente en aquellas iniciativas vinculadas a organizaciones con un número alto de miembros – habían algunas que estaban compuestas por 26 socios -, de características disímiles y heterogéneas en términos de edad e intereses.

Así, por una parte, una de las dificultades importantes para emprender proyectos asociativos, es que en esta zona el cooperativismo había sido duramente reprimido por la dictadura militar y pese a existir una historia de liderazgo importante en la región, la dinámica de funcionamiento tradicional en las últimas décadas había estado marcada por el individualismo. Esto generaba una dificultad para lograr niveles de compromiso y adhesión a proyectos colectivos, factores necesarios para poder articular una dinámica interna empresarial, con roles y funciones claras, y un disciplinamiento de sus integrantes.

También, desde el modelo de intervención, surgían ciertos elementos que no estaban lo suficientemente considerados, a la hora de planificar los resultados esperados del proceso de desarrollo de las ideas y proyectos de modernización. Entre ellos:

- La reorientación de las actividades productivas de los campesinos involucraban dimensiones de profunda alteración en sus rutinas cotidianas, las cuales requieren ser consideradas o de transformaciones socioculturales paralelas. Sin embargo, la tensión entre las líneas de intervención - social y productiva- y la no integración de las visiones de la realidad del capital social, impide definir adecuadamente este tipo de procesos.
- Las exigencias y los indicadores de evaluación de Prodecoop, estaban puestos sobre resultados en los ámbitos de la producción y la comercialización efectiva de los productos, pero no consideraban necesariamente el tiempo que demora generar e instalar procesos de este tipo en las comunidades y las inversiones adicionales que estos procesos requerían.
- El diseño de la intervención – es decir los recursos e instrumentos del proyecto – estaban orientados a los aspectos productivos, y la comercialización descansaba en el manejo directo de los campesinos por una parte y por otra en la posibilidad de que estos mismos desarrollarán áreas de agronegocios, introduciendo nuevas formas de

organización y de gestión. Este ámbito requiere de habilidades empresariales distintas a las productivas, no contaba con profesionales especializados en sus técnicas; las asesorías ofrecidas se diseñaban fundamentalmente para generar capacidades productivas en los territorios y beneficiarios y probablemente no era la estrategia adecuada, necesiéndose de otros modelos para intervenir en este ámbito.⁷⁸

- Pese al estado de la asociatividad y capital social ya descrito previamente, se dio en la segunda etapa de Prodecoop un especial énfasis a la generación de proyectos de este tipo, que muchas veces no contaban con los activos intangibles básicos en la población para poder realizar este tipo de acciones colectivas⁷⁹.
- Desde la perspectiva del funcionamiento mismo del proyecto PRODECOP, existía el compromiso con FIDA de avanzar en esta dirección y por lo tanto la necesidad de colocar los altos recursos que se disponían para esta intervención anualmente. La urgencia de colocar los dineros en proyectos dentro del año presupuestario, la que, sobre todo en la primera fase de ejecución, desencadenaba que la preocupación fuera por invertir más que por tomarse el tiempo necesario para definir mejor dónde invertir.

Sobre estos aspectos emergen en el desarrollo del Proyecto, ciertas nociones claves con respecto a la intervención que se anclan como reflexión en sus miembros: La necesidad de generar un modelo profundamente adaptativo, que parta de las propias necesidades y de la consideración de las características de base, antes que de criterios técnicos rigurosamente estructurados previamente, y la grave limitante que involucra el no proyectar tiempos de intervención más largo, en iniciativas que involucran procesos socioculturales de adaptación. Hoy las experiencias desarrolladas enfrentan graves crisis asociadas a la discontinuidad de los acompañamientos técnicos necesarios, como se verá más adelante.

Relaciones con la institucionalidad de origen

Las relaciones con el INDAP estarán marcadas desde el comienzo por tensiones que, aunque no explícitas, generan dificultades de relación, y fundamentalmente, de incomunicación, importantes.

Para esto es central comprender cómo se encuentran y enfrentan lógicas y modelos de intervención completamente diferentes – uno vinculado a una institución tradicional dentro del aparato público, frente a otro especialmente diseñado para un grupo de beneficiarios, bajo un modelo agencial.

Los aspectos centrales en estas tensiones estarán dados en primer tiempo por el debate entre un modelo de trabajo fundamentalmente flexible, participativo y con muchos recursos económicos disponibles para trabajar en los territorios, frente a uno altamente burocrático y limitado en sus posibilidades de intervención. El resultado es una importante adhesión de los campesinos que participan del programa, mientras que la relación y evaluación que ellos han hecho tradicionalmente del INDAP es de índole crítica.

Esto genera un escenario de protagonismo para el PRODECOP, frente a una cada vez mayor evidente desvalorización del INDAP. De hecho, el PRODECOP es reconocido como un “sello de calidad en la región”, frente a las continuas críticas y escándalos políticos que rodeaban a su institución de origen. Esto crea una suerte de resentimiento en los funcionarios del INDAP, la cual se expresará en la instalación de trabas y obstáculos para el desarrollo de acciones de forma conjunta. Por ejemplo, cuando se necesitaba enviar a algún beneficiario del PRODECOP a las oficinas del INDAP, o coordinar acciones con los encargados territoriales de éste último.

⁷⁸ Así, la ex – encargada del área de Agronegocios y Comercialización, afirma en la entrevista realizada: “No tenías los volúmenes, como llegar hasta allá, la gestión de la gente no era la más apropiada, no tenía en la personalidad ni siquiera para enfrentarte a conversar con nosotros muchas veces. Entonces eso hacía en el fondo que realmente faltaban cosas entre medio, apoyos que si bien no eran comercialización propiamente tal para poder echar a andar una experiencia de comercialización real, tenían que tenerlo porque si no se caía el estante.” (Lucía González)

⁷⁹ En la entrevista ya citada, la ex – encargada del área de Agronegocios y Comercialización menciona que: “Las mayores dificultades que partimos enfrentando era que el grupo de agricultores era demasiado atomizado y se querían resultados inmediatos, y se quería insertar este grupo de gente a la comercialización formal de supermercados, o de exportación”

Adicionalmente, se sabía que los funcionarios del PRODECOP tenían un nivel de remuneración mayor que los del INDAP, lo que generaba aún más desconfianzas y resentimientos en los últimos. El estilo de trabajo al interior del equipo se orientaba a metas fundamentalmente, y las dinámicas tradicionales de cumplir con rígidos horarios y normativas para la actividad laboral, no existían⁸⁰.

Existía, puntualmente, una figura intermedia en los territorios, el ejecutivo de cuenta, quien se vincula tradicionalmente desde el INDAP con los campesinos. Estas personas eran doblemente recargadas con este nuevo proyecto, sin esto verse traducido en un aumento de remuneración, lo cual lógicamente genera molestia de parte de estos actores.

Se comienza a generar también roces de poder y protagonismo entre los Directores del INDAP del nivel regional y del PRODECOP, en espacios de reunión y encuentro en las que ambos deben participar⁸¹. Lo anterior marca desde un comienzo una tónica de relación distante, lejana, ausente y en ocasiones, tensa, generándose una suerte de competición por espacios.

Mirado, además, desde una lógica operativa y cultural, ambos modelos responden a paradigmas totalmente divergentes uno del otro:

- Una estrategia de intervención en el plano productivo que busca integralidad, tratando de articular las diversas acciones para los requerimientos particulares de un proyecto y complementarlo con el desarrollo de habilidades y condiciones en otras áreas (medioambiental y social, fundamentalmente), frente a una lógica de trabajo focalizada en torno a un solo instrumento y ámbito de acción, con escasas posibilidades de flexibilizar estos marcos

- Una lógica que valora la **participación** de los usuarios en la toma de decisiones, lo que genera mayor compromiso y transparencia en las acciones, frente a un apoyo dirigido desde el prisma fundamentalmente técnico y con limitados espacios para un mayor involucramiento de los campesinos en los procesos. La conformación, por tanto, de una relación mucho más cercana y cotidiana en el trabajo de apoyo técnico, frente a una distante y puntual. El PRODECOP genera los mecanismos para ir a buscar la demanda y solucionar los problemas. Los campesinos valoran e identifican claramente las acciones de Prodecoop, precisamente por su cercanía, incluso sin vincularlo a la institucionalidad común, el INDAP⁸².

- Un marco de gestión y operación profundamente descentralizado y adecuado a las condiciones locales, que estimula la creatividad e innovación en la intervención, frente a la lógica de su "institución madre", profundamente centralizada y rígida. *"Tuvimos la posibilidad dentro del INDAP, a pesar de ser una institución tremendamente rígida y burocrática en todos los instrumentos de fomento que manejaba en ese tiempo, el PRODECOP fue un proyecto independiente, libre, regional, por lo tanto que nos permitía generar mucha creatividad, era todo profesional, y generar instrumentos adecuados acá a la zona"* (Ex – encargado del Departamento de Desarrollo Local PRODECOP)

⁸⁰ Al respecto, uno de los ex - integrantes del equipo PRODECOP menciona: *"Habían buenos sueldos en relación a lo que ganaba la gente de INDAP, nosotros teníamos recursos desde el punto de vista de la operación del proyecto sin inconvenientes, teníamos computador, vehículos, viáticos, una buena casa, me entiendes, acceso a capacitación, no tenía que llegar y marcar tarjeta, una agenda de trabajo bastante más flexible que la que tiene el funcionario público de una institución tan jerárquica y tan poco moderna como el INDAP"*

⁸¹ Al respecto, menciona la persona anteriormente citada: *"Por ejemplo las reuniones que se hacían entre los directores regionales del INDAP en Santiago y donde también asistía el jefe del proyecto, era como un director más, entonces en algunos minutos el director regional me entiendes imponía sus criterios, o no dejaba hablar al otro, y la típica pelea que hay ahí por el poder"*

⁸² Uno de los ex – coordinadores provinciales entrevistados comenta al respecto: *"Cuando construyes un edificio, si tú lo empiezas a hacer del techo para abajo, se te va a derrumbar tarde o temprano, y aquí hay una experiencia de hacer todo con la gente, o sea, tener el concepto de participación con una serie de dificultades, porque hacer un programa que era de gobierno, que era el estado, que era de la administración pública, regional, descentralizado, con instrumentos muy flexible y sobre todo de participación de la gente, eso, en la cultura del funcionario público, era inaceptable a todo nivel."*

Además, operan desde un modelo agencial de tipo **empresarial** con alto nivel de eficiencia y cumplimiento de tareas. Disponen de recursos y de infraestructura, además, para moverse y operar sin mayores problemas.

A partir de estos elementos, y de una relación cada vez más tensionada durante el desarrollo, se va generando una situación de progresivo distanciamiento entre las acciones locales que desarrolla el Proyecto, y su discusión y articulación de directrices dentro de la política a nivel nacional. Se comienza a generar, de esta forma, una suerte de “operación autónoma”. Con frecuencia los integrantes del equipo comienzan a participar en seminarios de discusión internacional del modelo y aparecen continuamente en la prensa y medios, aunque escasamente son contactados desde los representantes ministeriales o instancias técnicas⁸³. Lo anterior genera una situación de incomunicación y ausencia de espacios de coordinación y encuentro:

Ante esta situación, se ponen en marcha desde un comienzo, las estrategias y dinámicas políticas desde la dirección del PRODECOP para abrir espacios y legitimar el programa, en consonancia con los apoyos políticos con los que se cuenta de parte de las autoridades regionales. Estas lógicas y “capacidades o habilidades políticas” estarán acompañando el proceso, y serán claves en los procesos de negociación y acuerdos mantenidos, tanto en la primera como en la segunda dirección del programa, pese a que esta última está marcado por un estilo de conducción mucho más técnico y neutro⁸⁴.

A finales del año 2002, y luego de cumplido para el Ministerio de Hacienda y el INDAP el plazo propuesto de 8 años de operación, sobreviene el término del PRODECOP, el cual es descrito como un proceso “traumático” por los propios miembros del equipo. El cierre obedece a una decisión del gobierno de Chile, de terminar “unilateralmente” el crédito con el FIDA, por estimarse que el proyecto involucra un costo demasiado alto. Pese a haberse comunicado a los funcionarios de la intención de cerrar el Programa ya a mediados del 2002, no existe un proceso de acuerdo ni diálogo con ellos con respecto a las condiciones de este cierre. El equipo PRODECOP, de esta forma, se dispersa, pasando algunos de sus integrantes al INDAP, ocupando diversos cargos en distintas unidades, y otros migrando a otras esferas laborales.

Esta situación es explicada y atribuida, fundamentalmente, a los cambios en el escenario político de la coalición⁸⁵, por una parte, y, por la otra, a una progresiva alerta frente al grado de protagonismo y validación que estaba logrando el PRODECOP frente a la institucionalidad

⁸³ Uno de los comentarios que ilustra lo expuesto, es la visión del ex Jefe de Operaciones del Proyecto: “La gran disyuntiva nuestra era que el proyecto siempre fue visto como una yema, un ente paralelo al INDAP, y esta lógica fue consensuada solamente al interior del equipo PRODECOP, el nivel central nunca nos consideró en nada, de hecho cuando nos preguntaban que es lo que era el PRODECOP, mucha gente no tenía idea de qué es lo que era el PRODECOP 4ª región, y eso que teníamos premios, y teníamos reconocimiento internacional, y que nos mandaban partes para ir a otras partes, pero a nivel central no nos daban ni pelota.” Asimismo, comenta: “Si alguna vez vino alguien para acá a vernos del Ministerio de Agricultura te mentiría si fueron dos veces, venía mucha más gente africanos, vinieron centroamericanos, tuvimos más de doscientos participantes europeos, extranjeros, latinoamericanos, pero del gobierno de Chile del INDAP propiamente tal muy poca gente nos vino a ver, de hecho del nivel central, los jefes de departamentos nadie nos vino a ver nunca”

⁸⁴ Esta misma lógica de acción menos política y menos conciliadora frente a las demandas de este tipo, unido a la salida del Intendente de la administración regional se asocian por parte de algunos entrevistados, como factores claves para el término del proyecto: “Claramente tenían un enfoque político que incidían directamente en la cantidad de recursos que tú podías tener o las programaciones que te aprobaran o no te aprobaran. Cuando llegó el Diego hubo otro como remezón, movimiento de piso, y tuvo también que empezar ahí a dar codazos y qué sé yo, a ganar su espacio para mantener lo que ya la Virginia había ganado en términos de autonomía y reconocimiento, como yo lo veo, bastante de afuera desde el punto de vista de la política.”; “El Diego y yo creo de que a pesar de que no perdió todo, sí cayó en términos políticos, o sea el respaldo y la autonomía que logró tener fue bastante menos con él que con la Virginia” (Ex – miembro del equipo PRODECOP)

⁸⁵ “Y no continuaba no por una decisión ni del PRODECOP ni del Gobierno como Ministerio de Hacienda, sino que aparentemente por una presión política que venía del INDAP porque aquí venía un cambio de director y de partido, el INDAP era DC y llegó la dirección socialista, y llegó el director socialista” (Ex – integrante del equipo PRODECOP)

tradicional: el INDAP⁸⁶. Este término es, de esta forma asociado por los ex integrantes del equipo, con un proceso de negociación de alto nivel que se desarrolla desde algún sector que se desconoce.

Desde las comunidades vulnerables, algunos alcaldes, representantes políticos regionales, se genera una fuerte oposición ante el cierre del programa, entre los que se cuenta el saliente intendente que apoya este proceso - y los representantes campesinos de los Concejos. Se inicia una movilización que termina en una negociación con autoridades ministeriales, ante lo cual se consigue la continuidad de los lineamientos del PRODECOP por cuatro años más. Si bien este pacto inicialmente contempla su permanencia como estructura autónoma, finalmente se traspaasa como un instrumento más de fomento productivo al INDAP regional.

Esta situación es particularmente compleja, pues nuevamente ilustra las lógicas y énfasis predominantes en el marco de las tensiones que se generan desde sectores distintos dentro de la administración pública. El Programa de Desarrollo de Asistencia Agrícola para Sectores Vulnerables de la Región de Coquimbo, continuador del PRODECOP, es restringido no sólo en sus recursos de operación, sino también en la infraestructura con la que puede finalmente contar, y fundamentalmente, en sus recursos humanos, estando sólo una persona hoy a cargo de todas sus líneas de funcionamiento, obviamente no disponiendo de las posibilidades para apoyar más directamente los procesos en los territorios ni coordinar con la misma fuerza, sus acciones. Esto es clave, pues uno de los principales factores que permitía implementar respuestas oportunas, rápidas y con fuerte sentido de la adecuación a las condiciones y realidades socioculturales locales, era la posibilidad de mantener un contacto directo.

No hay, de esta forma, posibilidad de traspasar explícitamente aprendizajes ni lógicas a la institucionalidad tradicional, y lentamente, comienza a diluirse la anterior energía y motivación de sus antiguos integrantes, evidenciándose de forma sincrónica un proceso de resignación a las nuevas condiciones, vivido con angustia y tristeza. Lentamente, se incorporan hoy a una lógica de acción funcionaria y pensamiento ajena y de difícil procesamiento. El modelo de actuación del INDAP responde a los modelos más clásicos de administración burocrática, Las múltiples trabas que se generan a partir de los extenuantes procedimientos y normativas con las que actúa el INDAP, limitan la anterior capacidad de acción y funcionamiento con la que operaban los PRODECOP.

5.4 Algunos logros y aprendizajes desde la experiencia, a modo conclusivo.

Dentro del caso analizado, se distinguen fundamentalmente dos clases de logros y nudos críticos: los que dicen relación con aspectos operacionales del modelo y estructura institucional, y los de sentido y lógicas de acción. Los primeros están básicamente relacionados con los resultados y dificultades asociadas al modelo de intervención diseñado inicialmente, y su aplicación en los territorios, mientras que los segundos explican las innovaciones y tensiones en claves y variables más políticas y de visiones modernizadoras

De participación

- ✓ No obstante las dificultades asociadas al modelo de fortalecimiento productivo que se presentaron en algunas de las iniciativas financiadas a través del PRODECOP, existe un avance innegable con respecto a los aspectos vinculados al desarrollo local, y de forma especial, al estado de la participación social de los dirigentes sociales en el territorio. A partir de las instancias y espacios para la participación implementados en la región con este Proyecto, se genera un activo eje de participación y vocería por parte de los representantes campesinos, quienes comienzan a tejer relaciones mucho más horizontales con las autoridades, y a comprometerse de manera radical con los procesos de toma de decisión y descentralización en curso a través de la experiencia. Así, es probable que tanto la capacitación como las habilidades instaladas a nivel

⁸⁶ Al respecto, el actual director regional del INDAP comenta *"El PRODECOP se instaura como un modelo de operación muy díscolo respecto a la institucionalidad, bastante paralelo, bastante autorreferente, considera que el INDAP tiene 40 años de historia, por tanto de repente aparece un segundo INDAP al lado en forma paralela, con instrumentos distintos, con una carga subsidiaria mayor que la que hace el INDAP, entonces deja en una posición muy frágil a la institucionalidad"*

dirigencial, constituyan una importante semilla para la generación de fuertes liderazgos a nivel local que generen nuevos procesos a futuro.

Económicos

- ✓ Es el componente de riego el cual resultará, finalmente, el componente más exitoso dentro del Proyecto. A partir de este ámbito, se generan acuerdos y nuevas vinculaciones con los actores locales, aun cuando es necesario precisar que, si bien los avances desde esta línea se tramitan colectivamente, finalmente su apropiación y buen uso se genera en un nivel fundamentalmente individual.
- ✓ En aquellas iniciativas que involucraban un interés en común, **basado en las familias y en su economía**, se generan importantes activos que mejoran las condiciones de vida. Cuando la naturaleza de este capital social se traslada a experiencias productivas más amplias y de mayor escala, unido a factores de innovación se obtienen mejores resultados económicos. Tal es el caso de las compras asociativas de ciertos productos, y el desarrollo de rubros que cuentan con rasgos organizacionales y personales afianzados para su éxito, como el de los productores de miel, o flores que logran avanzar hacia procesos de ampliación de su producción o comercialización colectiva.
- ✓ En los casos con mayor perdurabilidad y continuidad en el tiempo, se ha comenzado a generar un salto entre los “pequeños productores campesinos” a “pequeños productores agrícolas”, con una incorporación de aspectos de innovación, y organización. Estas experiencias cuentan con una producción estable en cuanto al volumen y calidad de la producción, así como con estrategias de comercialización instaladas y probadas⁸⁷

Desde la cobertura

- ✓ Durante los años de operación y funcionamiento del PRODECOP se atendieron a cerca de 2500 usuarios contactados en seis años de operación del proyecto. Si bien al comienzo de la puesta en marcha existieron algunos errores en la focalización de los apoyos, con el tiempo esto fue optimizándose, lográndose efectivamente participar con los campesinos bajo la línea de pobreza.
- ✓ Adicionalmente, pese a que la relación directa aún no es comprobable, es importante decir que la tasa de marginalidad en la zona se ha reducido en cerca de un 2%⁸⁸

Adhesión que genera en el campesinado

- ✓ Uno de las principales fortalezas es la adhesión que finalmente genera el PRODECOP en los campesinos, quienes lentamente olvidan las antiguas desconfianzas frente a la institucionalidad, y, particularmente, al INDAP. Esto ha significado que hoy, incluso, luego de haberse traspasado la gestión de los CDL desde la estructura autónoma hasta el INDAP, el contacto sigue en pie⁸⁹

Desde las visiones

⁸⁷ Referencia extraída de las Conclusiones del informe “Sistematización y Evaluación de Experiencias de Empresas Campesinas en la IV Región”, Informe del Programa de Estudios Desarrollo y Sociedad Predes de la Universidad de Chile, Enero 2003.

⁸⁸ Así, si en 1996 la tasa de indigentes alcanzaba un 8.1% de la población, en la última encuesta CASEN del año 2000, este sector aparece con una presencia del 6.2%. Fuente: Mideplan, Departamento de Información Social, Encuesta Casen 1996 y 2000

⁸⁹ Para entender esto, es preciso comprender que el INDAP, fundamentalmente durante los tiempos de la dictadura militar, se transformó en un banco prestamista de crédito, proceso en el cual muchos campesinos de la zona se endeudaron significativamente. Hoy, desde la visión de los dirigentes campesinos entrevistados, la situación ante el traspaso del PRODECOP no ha cambiado significativamente, e incluso se interpreta esta situación como una nueva oportunidad de acercamiento del INDAP al campesinado local: *“Ahora el INDAP anda más cerca, anda más activo, anda más interesado en empaparse con la realidad, con la gestión que nosotros hacemos como dirigentes, que en casi todas las reuniones últimas hay un representante de INDAP; ha servido para conocer mejor al INDAP a través de estos programas, esa es la visión que yo tengo como campesino.”* (Dirigente Los Vilos)

- ✓ Conformación de una visión en torno al desarrollo local comunal y rural. A partir de la experiencia y el encuentro y articulación entre actores provenientes del entorno local, se ha generado un proceso, particularmente en algunas comunas, a través del cual se conforma una visión desde estos actores, que enfatiza las posibilidades y necesidades de fortalecer el desarrollo local, especialmente comunal, dentro del cual el tema del fortalecimiento del mundo rural comienza a ocupar un lugar preponderante dentro de las estrategias de desarrollo. Este sector, especialmente el de menores recursos, se encontraba en un caso total abandono desde las políticas públicas al momento de comenzar a funcionar el PRODECOP.
- ✓ El Modelo del PRODECOP, fundamentado en torno a la intervención integral sobre las demandas campesinas y la participación de sus beneficiarios en los procesos de instalación, toman especial interés y relevancia, siendo hoy proyectados y retomados desde otras instancias regionales descentralizadas: Entre éstas se cuentan las siguientes:
 - Dentro del programa Mas Región, que apoya los procesos de descentralización en la región, el instrumento del CDL ha sido retomado y rebautizado como CPL, Consejo Productivo Local, en el cual también participan representantes de los usuarios para la priorización de las directrices de inversión regional, esto, eso sí, desde una perspectiva fundamentalmente comercial y económica.
 - Los CDL han permanecido dentro de la estructura del convenio de programación que formaliza la existencia del Programa Vulnerable, continuador dentro del INDAP de la herencia del PRODECOP
 - Desde el propio INDAP, aunque de manera limitada, se ha creado un instrumento que emula el mecanismos de funcionamiento del PRODECOP, y que ha sido bautizado como Programa de Desarrollo de Inversiones (PDI) Esta es una línea especialmente levantada para apoyar los procesos productivos de las poblaciones de extrema pobreza desde una mirada que articula las diferentes posibilidades de combinación de los instrumentos y componentes dentro del fortalecimiento productivo, utilizando la misma lógica que ocupó el Proyecto durante su funcionamiento.
 - El Programa Territorial Integrado, que funciona en la Provincia del Limarí, y que contempla mesas de negociación para fomentar iniciativas productivas conjuntas entre el sector público y privado, para apoyar estrategias de desarrollo local y generar mayor empleabilidad en la zona⁹⁰.
 - En algunas municipalidades incluso, se ha llegado a generar instrumentos propios para la generación y concurso de iniciativas productivas surgidas desde los propios campesinos, fortaleciendo su capacidad de iniciativa y gestión⁹¹.
- ✓ Junto con esto, la mirada que revaloriza la acción interdisciplinaria, parte de los aprendizajes claves del PRODECOP, equilibrando los criterios de intervención técnico – productivos y socioculturales, también se ha comenzado a discutir y tematizar en diferentes encuentros y espacios. Asimismo, se comienza a potenciar una mirada que fortalece la mayor flexibilidad y adecuación de los instrumentos y modelos a la realidad local, así como el aporte del trabajo interinstitucional para la optimización de los recursos y posibilidades de acción.

La “difusión” social de la metodología de Prodecoop y la instalación de programas de corte similar con los campesinos en diversos estamentos recogerá parte del activo instalado y de las

⁹⁰ Al respecto expresa su actual Directora a nivel provincial, con respecto al aporte generado desde el PRODECOP para este tipo de iniciativas: *“Por lo menos existe el criterio de que las cosas se pueden hacer de otra manera, no solamente metido en una institución dentro”*

⁹¹ Este es el caso del Fondo de Desarrollo Productiva de la comuna de Canela, donde la experiencia ha tenido gran éxito ya apoyo campesino.

enseñanzas, y aunque en una escala menor de recursos, ya existe en la realidad regional otro estadio de valorización y punto de partida para el trabajo con campesinos pobres. El riesgo es muchos de los campesinos que habían sido asesorados para alcanzar una cierta etapa no sigan contando con este acompañamiento, dado el difícil traspaso al INDAP del programa.

Acá se están creando nuevas interfaces que para el campesino amplían sus interlocutores. La naturaleza de éstas serán claves para amalgamar los resultados de esta experiencia, así como los nudos que enfrentan iniciativas modernizadoras de este tipo.

Los marcos institucionales tradicionales son estrechos, aunque algo se pernearon a partir de la experiencia. Desde el actual funcionamiento del Programa Vulnerable, existen numerosos nudos críticos, asociados, fundamentalmente, con su inserción en una lógica que no permite desarrollar las acciones y lineamientos desde la perspectiva que éstas se ejecutaban en el PRODECOP. No se cuenta con la capacidad de gestión y presupuestaria para seguir supervisando y apoyando los procesos en terreno: de un equipo de 13 personas, se ha pasado a uno de 2, pese a haber logrado acordar con la autoridad la continuidad de las acciones desde este Programa. Además, se debe asumir su funcionamiento, pero desde las restricciones que impone la ley orgánica bajo la que se rige el INDAP, la cual presenta una serie de requisitos para el tipo de beneficiario al que atiende, dentro de los cuales no se encuentra la situación de aquellas personas con un mayor grado de vulnerabilidad. De esta forma, hoy no es posible tomar casos con flexibilidad y adaptarlos a la oferta existente⁹². Sin embargo el programa existe y está confrontado a diversas interlocuciones con otros actores que usan, desde diferentes lugares, el espacio que deja y lo acumulado por Prodecoop, en el campesinado, y los Municipios. .

Pese a los importantes readecuaciones y expansiones que se generan en el territorio a partir de visiones sobre desarrollo rural y desarrollo local, la *estructuración* que se concreta a nivel de reglas y recursos más permanentes, todavía es precaria.

Los CDL aún no cuentan con una instancia que asegure plenamente su funcionamiento y permanencia dentro de la estructura de alguna institucionalidad. Los DDR se encuentran en un mejor pie, pues aun cuando permanecen sujetos a la voluntad y orientación alcaldicia, que puede optar por potenciar este instrumento o no considerarlo mayormente, desde la Asociación de Municipalidades Rurales de la IV región se negocia su institucionalización como Oficinas de Desarrollo Económico Local – ODEL – dentro de cada municipio.

Las transformaciones que puede generar la experiencia en términos de normativas dentro del INDAP son también limitadas: los acuerdos respecto de las condiciones de continuidad del Proyecto han ido variando en el tiempo, y hoy se cuenta con que al menos el instrumento tiene asegurada su permanencia por los próximos dos años. Sin embargo lo que suceda en este marco a futuro, al igual con lo que podría cambiar con los CDL ante cambios de autoridad municipal y del propio INDAP, son una gran interrogante⁹³.

Finalmente, un aspecto necesario de destacar es el de cómo en el proceso también emerge una visión común y fácilmente identificable, desde quienes formaron parte del equipo de profesionales y técnicos del PRODECOP. Esta visión dice relación con la conformación de una fuerte identificación y compromiso para con las problemáticas y realidad del campesinado, así como también una importante valoración de sus capacidades y propuestas. Los “beneficiarios” pasan a ser considerados actores claves del proceso de desarrollo local, sujetos de derecho y principales *expertos* en las dificultades del territorio. Existe todavía hoy un marcado sentimiento de responsabilidad hacia la representación de este sector, sus demandas y potencialidades, en un contexto de futuro incierto ante los nuevos marcos de funcionamiento.

⁹² Sobre este punto, se especuló en un primer momento sobre la posibilidad de que, una vez dentro del INDAP parte del equipo del PRODECOP, esta primera institución pudiera “prodecopizarse”, generando un trasvase de experiencias y aprendizajes. Sin embargo, sobre este punto expresa el ex Jefe de Operaciones del proyecto: “La idea era prodecopizar INDAP, ese era el mensaje en el año 2001, y al final terminó indapizándose el PRODECOP.”

⁹³ Desde esta perspectiva, una de las únicas modificaciones que se ha logrado generar es la introducción de ciertas especies de árboles al registro de la CONAF para la región, a partir de las iniciativas generadas desde el PRODECOP para su línea de desarrollo medioambiental, en articulación con esta institución.

VI. Algunas notas conclusivas

A partir de los dos casos expuestos, hemos analizado las dinámicas de interfaz y encuentro entre lógicas de acción, visiones y sentidos que se encuentran al momento de levantar propuestas innovadoras de gestión desde el espacio local, en un caso, y de implementar una política pública, en el otro.

En torno a estas acciones se generan una serie de interacciones y reacciones que nos muestran como se desenvuelven las relaciones entre actores de diversa naturaleza – sociedad civil y estatales - cada uno con sus respectivos proyectos y compromisos, así como procesos de desarrollo y canales de expresión. En ambas experiencias observamos la creación de espacios de interfaz en la conformación de instancias mixtas- de alcance regional y o provincial - que integran actores sociales, funcionarios públicos, actores políticos y encargados de organismos públicos, y se articulan en torno a visiones y proyecciones para los territorios.

- Si bien ambas tienen un origen distintos – Chiloé levanta una propuesta construida “desde abajo” en el territorio, mientras Prodecop opera bajo una mirada levantada “desde arriba” a partir de sectores políticos y técnicos de alto nivel -, en las dos experiencias se manifiesta una especial puesta en valor de visiones que comparten el interés por generar nuevos lineamientos de gestión y política pública con una mayor pertinencia a las características socioculturales locales; una fuerte dimensión de derechos y participación ciudadana; y la generación de instrumentos y organismos más flexibles y cercanos a la gente.
- En ambas experiencias, se ponen en juego visiones descentralizadoras, por tanto, de gestión, que generan, a su vez, conflictos asociados a las resistencias que gatillan visiones modernizadoras diferentes: mientras los equipos locales defienden proyectos de autonomía y cogestión, la institucionalidad tradicional defiende una visión más centralista y cohesionada en torno a las normas institucionales.

Como elementos comunes a ambos casos se pueden destacar los siguientes:

- ✓ La apertura a nuevas relaciones entre la sociedad civil y el Estado, de naturaleza innovadora, democrática y de fomento de la participación ciudadana, que está en la base de las propuestas adhocráticas de gestión pública presentes en estas experiencias.
- ✓ Se producen en el contexto de un territorio local o con alto grado de aislamiento o con una situación sectorial de gran postergación económica, de fuertes rasgos socioculturales, que hace posible la interacción en función de intereses comunes en un espacio y tiempo dado. En el proceso de interacción, se desenvuelven y condensan cambios en los esquemas de comprensión compartidos y prácticas relacionales transformadas.
- ✓ En ambas experiencias los actores reproducen y recrean socialmente las propiedades estructurales de una política pública y avanzan frágilmente en la recreación social de la estructura –normas, recursos y reglas.
- ✓ El término de estas experiencias dan cuenta de conflictos de intereses entre actores sociales locales e institucionales estatales, que dan por resultado conflictos relevantes con un virtual desmantelamiento de la institucionalidad creada.
- ✓ Pese al término de las iniciativas que dan origen al conflicto, sus efectos modifican la lógica de intervención y abren nuevos espacios institucionales y programas de intervención e instalan capacidades y herramientas en los territorios, apoyadas en redes de articulación y vinculación entre actores, y en los significados y sentidos construidos. En estas crisis y estrategias, resulta singular apreciar como el proyecto local, defendido por los funcionarios más vinculados a los casos, es adherido y respaldado por los actores del territorio, entre los que se cuentan alcaldes, otros representantes políticos, dirigentes sociales y gremiales, e incluso, representantes de organismos públicos locales. Se generan movilizaciones y apoyos en ambos

casos, en las que participan activamente estos actores lo que da cuenta de una integración de los aprendizajes en la visión local.

✓ Las decisiones y reacciones finales desde la institucionalidad central, luego de los complejos procesos de negociación política, se expresan en medidas tendientes a la reorganización de las estructuras que “generan ruido”, las cuales pasan a tomar nuevas formas o a tener nuevas supeditaciones y controles, desarrollándose un proceso de reabsorción calificada como “traumatizante” por parte de los funcionarios. La lógica del poder impera finalmente.

✓ Las nuevas respuestas - traducidas en nuevos programas o modos de gestión- de algún modo “acumulan” en otro estadio de institucionalización, los resultados de los procesos de interfaz desarrollados anteriormente. En efecto, a pesar de que, la reestructuración última de la política, el programa o el modelo de gestión opera mediante definiciones más unilaterales del Estado, las experiencias dejan capacidades instaladas que son reintegradas bajo nuevas formas de gestión -, a modo de una difusión social de los aprendizajes y de los fundamentos que les dieron origen - recreándose nuevas formas de política pública en otros gestores- de áreas diferentes a las de origen o con nuevas directrices en el mismo campo y sector, que capitalizan los avances y se hacen cargo de la herencia.

Desde los conceptos de interfaz y agente – estructura, podemos realizar los siguientes comentarios de cierre:

✓ Si bien, es posible analizar los casos desde la perspectiva de las interfaces sociedad civil – estado, emerge con un potencial inesperado la posibilidad de aplicar esta lógica de análisis a las interfaces que se desarrollan ante el encuentro de visiones modernizadoras dentro del propio aparato público.

✓ Desde esta perspectiva, encontramos la emergencia de las conflictividades que genera la construcción de visiones “civilistas” con alto énfasis en las realidades locales de los agentes claves de nuestras experiencias – parte importante de los cuales, como ya se dijo, son funcionarios públicos. En ambas experiencias se juegan visiones de funcionarios que se identifican, de esta forma, con lógicas más “civilistas”, frente a las de corte “político – tecnocrático.

✓ Desde las instituciones respectivas, no se genera una valoración explícita ni reconocimiento de las experiencias terminadas, de sus esfuerzos y aportes a la construcción común, aún cuando se toman modelos y metodologías de trabajo desde estos espacios construidos.

✓ Se construye en los funcionarios más cercanos a estas experiencias, una noción de acción social particularmente sensibilizada con las problemáticas de la población local, ante la cual terminan respondiendo como primer compromiso y adhesión. Se comienzan a sentir, con diversos niveles de explicitación, como representantes de estos sectores abandonados y “sin voz”.

✓ Progresivamente, estos actores, comienzan a evaluar la gestión pública desde una posición externa, pese a que algunos de ellos continúan como miembros de este aparato. Denuncian el no sentirse representados con esta lógica de acción de “funcionario clásico” ni con las directrices emanadas de una conducción “técnica y lejana de la gente”⁹⁴, expresándose

⁹⁴ Una cita interesante capturada en una entrevista realizada con el ex – encargado de Desarrollo Local del PRODECOP ilustra este punto: “En una reunión que tuvimos con el actual director de INDAP en una localidad rural de Andacollo, me quedó patente esa foto digamos de la situación, (...) y yo llegué me acuerdo en la camioneta y veo de lejos, imagínate esta foto, un sector rural muy árido donde la población tiene una edad avanzada sobre los 50 años, todos sentados en sillas de colegios de esta madera antigua, y el funcionario público en el medio haciendo una especie de clase tradicional, en este caso a Lavi, y él que les decía a los habitantes “les vamos a traer la modernidad a esta localidad”, entonces les empezó a dibujar lo que es un computador, entonces les decía “aquí va a estar a la pantalla,

un fenómeno que puede ser caracterizado como un tipo de “desdoblamiento” entre su membresía organizacional y su adhesión a un proyecto de la sociedad civil.

✓ Desde dentro de las experiencias también operan “elites modernizadoras” con visiones, modelos teóricos y técnicos estructurados de se visiones políticas y profesionales que también se encuentran y chocan con las propias lógicas de los “destinatarios” quienes tienen visiones y una reflexividad, rasgos y culturas no consideradas por estos diseños, que marcan en ciertos casos, el potencial de éxito o fracaso que las propias iniciativa puede finalmente tener.

Finalmente, algunos puntos que emergen como lecciones o temas para futura discusión, son los siguientes:

✓ En primer lugar, estas construcciones desde los espacios locales, pueden estar dando cuenta de nuevas dinámicas de representación social y política, en un contexto de alta despolitización tradicional y debilitamiento de la sociedad civil. Desde estas visiones innovadoras para la gestión pública⁹⁵, se identifica un nuevo perfil de funcionario que encarna un proyecto y propuesta reactiva ante el proceso de distanciamiento que ha vivenciado el Estado y sus actores directivos en el último tiempo, del contacto y cercanía con la gente

✓ Asimismo, estos proyectos locales nos muestran la articulación y cohesión que se genera desde los actores del territorio, en torno a un proyecto y visiones compartidas de desarrollo. Esto involucra un fuerte potencial para la apertura de nuevos espacios públicos de discusión y democratización.

✓ Las experiencias nos muestran el complejo proceso a través del cual las capacidades de tipo políticas para la negociación se hacen cada vez más un requerimiento clave. Además, el contar con apoyos y contactos de este tipo, resulta central para poder mantener iniciativas de este tipo funcionando, y aun más, para ponerlas en marcha.

✓ Además, estas experiencias nos hablan de las trabas que enfrenta el proceso de descentralización y modernización del Estado en Chile, las cuales se vinculan tanto con las culturas funcionarios, como con los temores e incapacidades que se presentan para acoger innovaciones en la gestión pública.

✓ En relación con este último punto, la fragilidad desde la que se paran los agentes de cambio, insertos en estructuras de débil permanencia, resulta clave. Ninguno de los instrumentos referidos en los casos finalmente logra llegar a un grado de institucionalización que garantice su estabilidad y perdurabilidad a través del tiempo.

vamos a tener el teclado, usted va a poder tomar el mouse”, y le empezó a hablar como si le estuviera hablando a un funcionario público de Santiago, entonces yo miraba el rostro de la gente, muchas mujeres, 60 años, muchos hombres con la piel curtida que han estado trabajando 40 años bajo el sol, y él les hablaba desde otro mundo.”

⁹⁵ Al respecto resulta interesante hacer alusión a lo expresado por Gonzalo de la Maza con respecto a las experiencias innovadoras premiadas por el Programa Ciudadanía y Gestión Local, distinción que ambos casos estudiados recibieron en su momento: *“Este tipo de experiencias no está siguiendo modelos organizacionales ni políticos preexistentes, ni se atienen a las distinciones clásicas que dividen al Estado de la sociedad civil, o a la sociedad en “sectores” (primero, segundo y tercero).” “Se produce una suerte de mestizaje en varios planos: dirigentes de base expertos en “marco lógico”, departamentos municipales que parecen ONGs, caciques indígenas que orientan la política estatal de salud. Es el espacio de “lo público no estatal”, lo social/empresarial, lo estatal/ciudadano y otras mezclas más.”; “Esta actividad no los convierte en los antagonistas del Estado, pero no se sujetan a su racionalidad burocrática y a los intereses estratégicos que porta. Lo interesante de esta proposición es que en este espacio puede reconstituirse la política “mas allá del Estado” en dinámicas de coparticipación.” De la Maza, Gonzalo. Pág. 13.*

VII. BIBLIOGRAFIA

Bibliografía

Long, Norman. "The Multiple Optic of Interface Analysis" UNESCO Background Paper on Interface Analysis, October 1999.

Roberts, Bryan. "The New Social Policies in Latin America and The Development of Citizenship: An Interface Perspective." Paper for Workshop on Agency, Knowledge and Power: New Directions. Wageningen 14th-15th December, 2001.

"Propuesta Servicio de Salud Modelo y Mejoramiento de la Salud Provincial", Mesa de Trabajo, Chiloé, 2000

"Modelo de Atención de Salud para Chiloé", Equipo Unidad de Gestión Provincial de Salud de Chiloé, Chiloé 2002

Arrau, Marcelo; Avendaño, Octavio; Figueroa, Rodrigo. "Sistematización y Evaluación de Experiencias de Empresas Campesinas en la IV Región", informe del Programa de Estudios Desarrollo y Sociedad Predes de la Universidad de Chile, Enero 2003.

Avendaño, Octavio; Figueroa, Rodrigo. "La Experiencia de Prodecop en la Cuarta Región de Coquimbo. Período 1996-2002" En *Documentación y Sistematización de Experiencias Innovadoras de Gobernabilidad Local para el Desarrollo Humano*. Fundación Nacional Para La Superación De La Pobreza (Fnsp) - Programa De Naciones Unidas Para El Desarrollo (Pnud) Sede Bogotá. Santiago, 2003.

Fernández, Margarita. "Desarrollo de la Ciudadanía en Chile. Una revisión bibliográfica." Documento de Trabajo N° 12. Fundación para la Superación de la Pobreza

Raczinsky Dagmar, Serrano E: Descentralización . Nudos Críticos. CIEPLAN- Asesorías para el desarrollo. 2000.

Nogueira R. La gestión de las políticas públicas. Documento de Trabajo N° 27. CEPAL.

De la Maza, Gonzalo. "Sociedad Civil y Democracia en Chile". Documento de trabajo presentado para el Proyecto Regional Comparativo Sociedad Civil y Gobernabilidad Democrática en Los Andes y Cono Sur de la Fundación Ford y el Departamento de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Santiago de Chile, 1999

De la Maza, Gonzalo; Ochsenius, Carlos "Trayectorias, redes y poder: Sociedad Civil y política en Chile 1990 – 2003" en Cuadernos de Investigación Social del Departamenteo de Ciencias Sociales de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Perú, 2004.

De la Maza, Gonzalo. "Innovación Ciudadana y Políticas Públicas Locales en Chile". Versión presentada al VII Internacional del Congreso Internacional del CLAD. 2002. Pág. 13.

Filgueiras, Cristina. "Relaciones entre el Estado y la sociedad civil: la participación en procesos de toma de decisión en políticas públicas". Centro de Análisis de Políticas Públicas, Universidad de Chile. Banco Interamericano de Desarrollo. Proyecto "Reforma del Estado: Experiencias y Desafíos en América Latina". 2000

Giddens A. Teoría de la Estructuración.

