

**Implementación de políticas públicas:  
lecciones para el diseño. Análisis  
de los casos de modernización  
de la gestión pública y de la reforma  
de salud en Chile**

**Mauricio Olavarría Gambi**

### **Mauricio Olavarría Gambi**

Profesor titular de la Universidad de Santiago de Chile, es Doctor en Políticas Públicas por la Universidad de Maryland at College Park, Estados Unidos; Magíster en Estudios Internacionales por la Universidad de Chile; Licenciado en Ciencias del Desarrollo por ILADES y Administrador Público por la Universidad de Chile. Ha ejercido diversos cargos directivos en universidades y ha sido consultor del Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, EuroSocial y Organización Panamericana de la Salud. Es Editor Regional para América Latina y el Caribe de la “Global Encyclopedia of Public Administration, Public Policy and Governance” de la Editorial Springer Meteor. Sus investigaciones, publicaciones y docencia se concentran en Políticas Públicas, Pobreza, Desigualdad y Criminalidad. Es también autor de nueve libros, 18 capítulos de libros, 30 artículos publicados en revistas académicas internacionales indexadas y numerosos informes profesionales presentados en Chile y el extranjero.

Las comunicaciones con el autor pueden dirigirse a:  
Centro de Estudios de Gobierno  
Universidad de Santiago de Chile  
Avda. Bernardo O'Higgins 3363, Estación Central, Santiago, Chile  
E-mail: mauricio.olavarria@usach.cl

## **Implementación de políticas públicas: lecciones para el diseño. Análisis de los casos de modernización de la gestión pública y de la reforma de salud en Chile\***

*El artículo analiza la implementación de políticas públicas en los casos de modernización de la gestión pública y reforma de la salud ocurridos en Chile entre mediados de las décadas de 1990 y 2010. El análisis se basa en el marco analítico provisto por Hasenfeld y Brock (1991), quienes identifican los siguientes factores impulsores de la implementación: búsqueda de racionalidad, ajuste organizacional a la política, discreción y adaptación burocrática, relaciones de poder, y liderazgo y competencia. Este trabajo indaga si esos factores han estado presentes en la implementación de las políticas analizadas y para ello se concentra en la gestión política desarrollada, el alistamiento de las condiciones básicas, factores y circunstancias necesarias para la operación de las políticas señaladas.*

*El documento identifica lecciones para ser consideradas en el diseño de intervenciones públicas. Establece que los factores o fuerzas impulsoras que influyen en el proceso de la implementación de políticas públicas varía en correspondencia con el sector de actividad gubernamental al que pertenecen. Por ello, la implementación no sería un proceso que se da de manera uniforme a través de los distintos ámbitos de acción del Estado. Ello lleva a que el diseño de políticas públicas deba considerar estas características del proceso de implementación y, fundamentalmente, en la definición de las características y perfiles de quienes estarán a cargo de poner en práctica la política pública.*

*La unidad de análisis es la red interorganizacional en la que estas políticas públicas han estado siendo implementadas. La información proviene de documentos oficiales, recortes de prensa, literatura académica y 142 entrevistas a actores clave del proceso de ambas políticas.*

**Palabras clave:** Implementación de Políticas; Gestión Pública; Política de Salud; Chile

### **Public Policy Implementation: Lessons for the Design. Analysis of Cases of Public Management Modernization and Health Care Reform in Chile**

*The article analyzes public policy implementation on public management modernization and health care reform occurred in Chile between 1990s and 2010s decades. The analysis is based on the framework provided*

Recibido: 15-10-2016. Aceptado: 19-01-2017.

(\*) Agradecimientos al Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (FONDECYT) por el generoso aporte para desarrollar esta investigación, a través de los Proyectos Nos. 1080322 y 1120546. El autor aplicó el marco conceptual y la metodología de este trabajo en el artículo publicado, en 2017, en la Central European Journal of Public Policy, bajo el título "Policy Implementation: Lessons from the Chilean Policy on Public Management Modernization".

by Hasenfeld and Brock (1991), whom identify the following main driving forces: the pursuit of rationality, the organization policy-fit, the bureaucratic discretion and adaptation, power relation, and leadership and competence. This work inquires whether those driving forces have been present in the implementation of the analyzed policies and, to do that, it concentrate on the political management of them, the readiness of the basic conditions, factors and necessary circumstances for the operation of the mentioned policies.

The document identifies lessons to be considered for the design of public interventions. It concludes that driving forces influencing the public policy implementation process varies in correspondence to the government sector of activity they belong to. Because of that, implementation would not be a process that concrete in the same manner in the different areas of government activity. That implies that public policy design should consider this characteristic of the implementation process and, mainly, in the definition of the characteristics and profile of those who would be in charge of putting in practice the public policy.

The unit of analysis is the inter-organizational network in which these public policies have been implemented. Information comes from official documents, press clippings, academic literature and 142 interviews to key actors of these policies.

**Key words:** Policies Implementation; Public Administration; Health Policy; Chile

## Introducción

• Cuáles son las principales fuerzas o factores impulsores de la implementación de políticas públicas? La identificación de estas fuerzas o factores impulsores permite caracterizar el proceso de implementación de políticas públicas y, consecuentemente, comprender si hay una asociación entre estos factores y el tipo o ámbito de la actividad gubernamental en que se da la implementación.

El artículo analiza la implementación de la política de modernización de la gestión pública y de la reforma de salud que puso en práctica el Plan AUGE, ambas en Chile. El propósito de hacer este contraste es poder comprender el rol de los implementadores y si hay bases comunes en la ejecución de las políticas o si ello se asocia a las características del ámbito de actividad gubernamental en que este se da. Así, el artículo no intenta explicar éxitos o fallas de la política pública, sino caracterizar procesos de implementación que involucran complejos comportamientos organizacionales.

En el contexto de la política de modernización de la gestión pública (PMGP) se han implementado, desde 1990, variadas iniciativas en materias de control de gestión, de compras públicas, del servicio

**El análisis de la implementación de políticas públicas en ámbitos de la actividad gubernamental tan disímiles permite informar a los implementadores respecto de las fuerzas predominantes en el ámbito de su actividad gubernamental.**

civil, del sistema de reclutamiento y selección de los altos directivos públicos, de transparencia y acceso a la información pública, y del programa “Chile Gestiona” orientado a mejorar la efectividad de la gestión de los organismos públicos. La PMGP es una política endógena y tecnocrática que no surge desde demandas ciudadanas concretas, sino como una iniciativa del aparato técnico del Gobierno central orientada a incrementar la efectividad del Estado en la implementación de políticas públicas, entre ellas las que tienen un efecto directo en la mejora del bienestar de las personas.

La reforma de salud se expresó en leyes sobre normas de solvencia y protección de personas incorporadas a ISAPRES (sistema de planes privados prepagos de salud), AFP (Administradoras de Fondos Previsionales) y compañías de seguros; sobre autoridad sanitaria, modalidades de gestión y fortalecimiento de la participación ciudadana; sobre la creación del sistema AUGE - GES; y sobre financiamiento de este sistema. Todas estas leyes fueron promulgadas entre los años 2003 y 2005. El Plan AUGE se constituyó en la iniciativa emblemática de la reforma, porque “consagró el enfoque y la práctica de las prioridades de salud como la base de la política de salud” (Boeninger, 2007: 63). A diferencia de la PMGP, desde 1990 la salud ha estado entre los cuatro problemas públicos que más urgen a la población (Centro de Estudios Políticos, 2016).

Los ámbitos en que se desenvuelve la PMGP y la reforma de salud son notoriamente distintos. El primero es un ambiente en el que predomina la tecnocracia gubernamental, fuertemente jerarquizado y apegado a la disciplina presupuestaria impuesta desde el Ministerio de Hacienda. Salud, en cambio, es una compleja área de actividad gubernamental, donde coexiste una variada gama de influyentes actores, imbuidos de creencias claramente distinguibles acerca de cómo debe entenderse el ámbito de la salud pública, qué problemas deben abordarse y cómo debe intervenir en ella, y en la que los actores de esta política pública expresan contradictorios intereses.

Así, entonces, el análisis de la implementación de políticas públicas en ámbitos de la actividad gubernamental tan disímiles permite identificar lecciones útiles para la formulación de políticas públicas -en la idea de buscar correspondencias entre diseño y ámbito en el que se dará la implementación- y para informar a los implementadores respecto de las fuerzas predominantes en el ámbito de actividad gubernamental en el que se pondrá en práctica la intervención.

Las secciones siguientes exponen las cuestiones conceptuales del análisis, la estrategia metodológica seguida, la evidencia recabada y los resultados del análisis, una discusión de las implicancias de los hallazgos y, finalmente, las conclusiones que fluyen del estudio.

### **Acerca de la implementación**

Los trabajos sobre implementación de políticas públicas recurrentemente ubican al libro de Pressman y Wildavsky (1973) -cuyo sugerente título es *Implementation*- como el iniciador de este tipo de estudios. Ello, sin embargo, es rebatido por Saetren (2005), quien expone que estudios de esta índole ya se habían generado en la década de 1950 e incluso antes, bajo la forma de disertaciones doctorales, libros y artículos en revistas académicas.

La implementación de políticas públicas puede ser vista como la ejecución de un conjunto de actividades orientadas a alcanzar las metas establecidas a las intervenciones del Estado. Para Dimitrakopoulos y Richardson (2001: 336), ello sería “el complejo proceso de poner en práctica una política pública por una variedad de mecanismos y procedimientos que involucran una amplia y diversa gama de actores”. Luego agregan que esta sería “la etapa del proceso de la política pública donde las subyacentes teorías de decisiones de política pública, la elección de los instrumentos de intervención y los recursos destinados durante el proceso de formulación son testeados en la realidad”.

Así, una política pública puede ser vista como una hipótesis acerca de cómo una determinada meta, asignada a una intervención del Estado, puede ser alcanzada si un determinado grupo de actividades, deducido de un conjunto de conocimientos que se consideran válidos, es puesta en funcionamiento. Dado que la implementación de políticas públicas se desarrolla en contextos interorganizacionales donde interviene “una amplia y diversa gama de actores”, el análisis de la implementación se adentraría en la interacción que se da entre esta “amplia y diversa gama de actores” y cómo, en ella, se establece la “variedad de mecanismos y procedimientos” que determinan lo que ciudadanos o grupos específicos reciben de las intervenciones del Estado. De este modo, la pregunta que naturalmente surge es qué fuerzas o factores impulsan y/o conducen este proceso.

El debate entre los enfoques arriba/abajo (*top-down*) y abajo/arriba (*bottom-up*) ha tenido notoria gravitación en cómo debe analizarse la implementación y, consecuentemente, en la identificación de las fuerzas o factores que impulsan el proceso. Elmore (1979-1980) argu-

La idea de factores clave de la implementación hace referencia al conjunto de patrones observados de comportamiento organizacional o interorganizacional que se dan en el proceso en el que se busca lograr las metas establecidas por la política pública en funcionamiento.

menta que en el primer enfoque -o *forward mapping*, como lo llama la implementación comienza en la cúspide, con claras definiciones acerca de los propósitos de los diseñadores de la política y prosigue a través de una secuencia de pasos crecientemente específicos que definen lo que se espera de los implementadores en cada nivel. El enfoque opuesto -que Elmore llama *backward mapping*- parte el análisis al nivel más bajo y retrocede a través de la estructura de la organización para establecer si el organismo implementador tiene las capacidades y habilidades necesarias para lograr las metas definidas por la política pública.

Basado en el enfoque arriba/abajo, Sabatier y Mazmanian (1980) señalan que el modo en que el problema es abordado, la capacidad de la ley o diseño formal de la política y las variables informales son factores que tienen un efecto directo sobre cómo se da la implementación. Desde la perspectiva del enfoque abajo/arriba, Lipsky (1980) argumenta que los burócratas del nivel inferior de la organización (*street level bureaucrats*) tienen un rol clave en la implementación, dado que son ellos quienes diseñan las rutinas y mecanismos administrativos que resuelven las omisiones o situaciones no previstas por el diseño de la política pública. En el mismo sentido, Elmore (1979-1980: 605) señala que este enfoque asume que “entre más cerca está alguien de la fuente del problema, mayor es su capacidad de influencia sobre él”.

La idea de factores clave de la implementación hace referencia al conjunto de patrones observados de comportamiento organizacional o interorganizacional que se dan en el proceso en el que se busca lograr las metas establecidas por la política pública en funcionamiento. Hasenfeld y Brock (1991: 451) las llaman “fuerzas impulsoras” y las definen como “las explicaciones que surgen de la observación de los patrones de comportamiento y las consecuencias de la implementación”.

La implementación es un complejo proceso que tiene lugar en una red de actores vinculados por lazos verticales y horizontales. La dimensión vertical de la red representa los vínculos administrativos y de autoridad entre los niveles nacional y subnacionales, como también por las relaciones jerárquicas entre organismos del Gobierno y al interior de esas organizaciones. En la dimensión vertical de esta red fluyen decisiones, instrucciones, recursos e información. La dimensión horizontal representa a las organizaciones del mismo nivel jerárquico y a aquellos que buscan influenciar el proceso de implementación con el propósito de satisfacer intereses particulares.

**El aprendizaje obtenido de las evaluaciones y experiencias previas sería parte de una implementación racional.**

En una revisión de 37 estudios sobre implementación de políticas sociales en Estados Unidos, Hassenfeld y Brock (1991) identifican cinco tipos de fuerzas impulsoras, a saber: búsqueda de racionalidad, adecuación organizacional al entorno de la política pública, discreción y adaptación burocrática, relaciones de poder, y liderazgo y competencia.

La búsqueda de racionalidad hace referencia a que la implementación “es impulsada por una cadena de relaciones entre fines y medios” y/o por “la capacidad de las definiciones formales de la política de estructurar el proceso de implementación” (Linder y Peters, 1987 y Sabatier y Mazmanian, 1980, citados en Hassenfeld y Brock, 1991). Una implementación guiada por criterios de racionalidad se expresaría en un conjunto de acciones planeadas y ejecutadas con el explícito propósito de alcanzar las metas asignadas a quienes han sido encargados de la implementación. La selección de estas acciones se basaría en experiencias previas y en evaluaciones de políticas públicas, pues ellas proveen evidencia acerca de cómo los recursos pueden ser usados para lograr las metas más efectivamente. Por ello, el aprendizaje obtenido de esas evaluaciones y experiencias previas sería parte de una implementación racional.

La adecuación organizacional a la política pública sería una “función de la capacidad de la organización para desarrollar estructuras y procesos que ajustan los patrones institucionales y económicos de provisión de servicios al contexto en que se desenvuelve la política pública” (Goggin, 1987, citado en Hassenfeld y Brock, 1991). Cohen ...[et al] (1972) expresan que la estructura organizacional influye en los resultados (del proceso de implementación) y que esta cambia en respuesta a las demandas provenientes del medio externo de la política pública. Así, esta fuerza impulsora enfatizaría en la capacidad de la estructura organizacional, de los procedimientos de trabajo y de las competencias del personal para ajustarse y cumplir los mandatos de la política pública.

La discreción y adaptación burocrática hace referencia al “monto de discreción que ejercen los burócratas que están en contacto con los usuarios que reciben los productos de la política pública” (Hassenfeld y Brock 1991: 454). De acuerdo a ello, esta fuerza impulsora pone el foco en la capacidad de los funcionarios del nivel inferior de la organización para apropiarse y dar forma al cumplimiento del mandato de la política pública que ha recibido la organización a cargo de la implementación. En este contexto, Elmore (1979-1980: 605) anota que “la capacidad de resolver pro-

Una cuestión que surge naturalmente de la constatación de los hallazgos de estos estudios es qué circunstancias determinan la prevalencia de una fuerza impulsora por sobre otras en la implementación de una política pública.

blemas de sistemas complejos depende (...) de maximizar discreción en el punto más próximo al problema”.

Desde la perspectiva del factor “relaciones de poder”, la “implementación es vista como una arena en la que grupos de interés compiten, negocian, se alían para obtener el control de recursos (...) lo que (a su turno) determina el destino del proceso de implementación” (Hassenfeld y Brock, 1991: 454). El análisis de esta fuerza impulsora pone atención al conflicto y cómo el poder -en tanto imposición, negociación y cooperación- es usado para superar dificultades y seguir adelante con la implementación.

A su turno, liderazgo y competencia se refieren a “las cualidades del liderazgo, las habilidades interpersonales y las competencias de los encargados de la implementación” (Nakamura y Smallwood, 1980, citado en Hassenfeld y Brock, 1991: 455). Así, el liderazgo es visto como la capacidad de aquellos que encabezan la tarea de implementación para encauzar el esfuerzo de otros hacia el cumplimiento de las metas establecidas en la política pública. Hondegghem y Vandermeulen (2000: 342), a su vez, definen competencia “como una combinación de habilidades específicas, integradas y aplicadas, conocimiento y capacidades que son esenciales para realizar la política estratégica de la organización”.

En su estudio, Hassenfeld y Brock (1991) concluyen que la fuerza impulsora predominante en la implementación de la política social estadounidense es la relación de poder, seguida por la discreción y adaptación burocrática. El estudio de McGrath (2009), que aplicó la taxonomía de Hassenfeld y Brock de las fuerzas impulsoras de la implementación a la puesta en práctica del Programa de Seguro de Salud Infantil en los estados de Massachusetts, Georgia y Ohio, encontró que la búsqueda de racionalidad era la fuerza prevalente en Massachusetts y Georgia, mientras que el ajuste organizacional a la política lo era en Ohio.

Una cuestión que surge naturalmente de la constatación de los hallazgos de estos estudios es qué circunstancias determinan la prevalencia de una fuerza impulsora por sobre otras en la implementación de una política pública. Asimismo, en el contexto de esta misma interrogante, resulta de interés examinar si la aplicación de esta taxonomía de fuerzas impulsoras de la implementación en una realidad muy distinta a la estadounidense muestra conclusiones equivalentes a las de los estudios citados. Hacia ambos propósitos se orientan las siguientes secciones de este artículo.

### Acerca del método

Este es un estudio de caso comparativo cuyo propósito es identificar las principales fuerzas impulsoras en la implementación de una política pública y establecer si la preeminencia entre ellas -en la implementación- se relaciona con las características del sector de actividad gubernamental en que la política pública analizada se desenvuelve. Las políticas analizadas, y cuyos procesos de implementación son comparados, son las de modernización de la gestión pública y de la reforma de salud. El espacio de tiempo analizado va desde mediados de la década de 1990 hasta mediados de la de 2010.

La unidad de análisis es la red interorganizacional en que la política pública es implementada, dado que un conjunto de actores adscritos a una pluralidad de organizaciones toman parte en este proceso de puesta en marcha de la política.

La información que se ha usado en esta investigación proviene de entrevistas en profundidad a actores clave del proceso, documentos oficiales, literatura especializada y prensa escrita. 142 entrevistas abiertas fueron aplicadas entre los años 2008 y 2014 a personas que desempeñaron roles clave en el proceso de implementación de las políticas públicas analizadas, tanto en los niveles políticos del Estado como en los ámbitos de alta dirección de organizaciones públicas, como servicios del Gobierno central y hospitales, mandos medios, asesoría y apoyo técnico. La muestra también está integrada por académicos, expertos y representantes de grupos de interés relacionados con las políticas en estudio, como sindicatos, asociaciones gremiales, colegios profesionales y similares (ver Tabla 1).

**Tabla 1**  
**Tipo de actores entrevistados según rol desempeñado**

Tipo de Actores	Modernización GP	Reforma de Salud	Total
Presidente	1		1
Ministros	7	7	14
Subsecretarios	4	8	12
Jefes superiores de servicios públicos	12	10	22
Directivos de áreas y hospitales	21	14	35
Asesores, expertos y académicos	17	16	33
Grupos de interés	3	16	19
Parlamentarios	2	4	6
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>75</b>	<b>142</b>

Fuente: archivos del autor.

**Para identificar la importancia relativa de las fuerzas impulsoras, el análisis prestó atención a la recurrencia con que los entrevistados se referían a situaciones que identifican a algunas de las fuerzas impulsoras.**

La muestra de actores entrevistados fue confeccionada a partir de información pública, principalmente en Internet, acerca de personas que se han o habían desempeñado en las organizaciones intervinientes en la implementación de la política de modernización de la gestión pública o en la reforma de salud, que han o habían influido desde otras posiciones en el Gobierno, en el Congreso, grupos de interés, academia o asociaciones de expertos. También se usó el método de la “bola de nieve” para completar la lista de entrevistados.

La muestra es intencional y, por tanto, no representativa. La razón de ello es que el foco de esta investigación cualitativa es entender cómo estas fuerzas impulsoras operan en los hechos de la implementación y cuáles son percibidas con mayor influencia en la implementación de cada una de estas políticas. En la selección de entrevistados también se aplicaron los criterios de muestreo teórico y redundancia teórica con el propósito de recolectar información relevante y descartar aquella que careciera de valor analítico (Valles, 2007).

Las entrevistas se condujeron como conversaciones abiertas en las que se abordaron tópicos como factores impulsores y obstáculos encontrados durante la implementación, las estrategias desarrolladas para lograr las metas asignadas, las iniciativas que emprendieron los encargados en distintos niveles para implementar la política pública, cómo reaccionaron los distintos niveles organizacionales, las relaciones entre organizaciones en el proceso, conceptos y visiones que guiaron la implementación. En las entrevistas no se abordaron ni se hicieron referencias a éxitos o fracasos con el explícito propósito que pudieran describir objetivamente el proceso en que participaron y evitar juicios evaluativos, dado que el objetivo central de la investigación es identificar las fuerzas o factores preponderantes que impulsan la implementación.

Para identificar la importancia relativa de las fuerzas impulsoras, el análisis prestó atención a la recurrencia con que los entrevistados se referían a situaciones que identifican a algunas de las fuerzas impulsoras. El principal supuesto detrás de esta estrategia de investigación es el siguiente: si un(a) entrevistado(a) a menudo se refiere a situaciones o circunstancias que identifican una fuerza impulsora, quiere decir que esa fuerza ha sido importante en la implementación de la política en que él o ella participó.

Para operacionalizar esta estrategia analítica se identificaron oraciones que aludieran a alguno de los factores impulsores, se contabilizaron y se agruparon según el rol desempeñado por el en-

entrevistado durante la implementación. Dado que los entrevistados pueden haberse referido más de una vez a cada una de las fuerzas o factores impulsores de la implementación, el número de oraciones contabilizadas es mucho mayor que el número de entrevistados(as). De este modo, la identificación de la importancia relativa de las fuerzas impulsoras de la implementación está basada en cuán recurrentemente los(as) entrevistados(as) se han referido a ellas durante las entrevistas. Complementariamente, el análisis también ha puesto atención a la relación que se da entre estas fuerzas y cómo los(as) entrevistados(as) las perciben.

Para la presentación de los resultados del análisis, los(as) entrevistados(as) fueron agrupados según el rol que cumplieron en el proceso de implementación (ver Tabla 2). Presidente, ministros, subsecretarios y jefes superiores de servicios públicos nacionales fueron etiquetados como Autoridades y Altos Directivos Públicos; jefes de servicios públicos subnacionales, directores de hospitales, asesores y académicos fueron categorizados como Expertos y Mandos Medios; parlamentarios, representantes de sindicatos, gremios, colegios profesionales y similares fueron designados como Grupos de Interés y Políticos.

El análisis de documentos oficiales se orientó a identificar los objetivos, énfasis, expectativas y enfoques del Gobierno respecto de la política en implementación, los roles desempeñados por las autoridades y otros actores de la política pública, y responsabilidades asignadas a diferentes organizaciones. Particular atención se dio a instructivos presidenciales y a informes del Gobierno y del Congreso.

La revisión de literatura académica, informes de centros de estudio, análisis de expertos y de la prensa buscó identificar situaciones y circunstancias que requirieron la acción de los encargados de la implementación, los que luego fueron incluidos como tópicos en las conversaciones con los entrevistados.

### **Implementación de las políticas en análisis**

Siguiendo a Barzelay ... [et al] (2003), las políticas de gestión pública pueden ser entendidas como un conjunto de amplias reglas institucionales y rutinas que se aplican en la operación de los organismos dependientes del poder ejecutivo y a quienes laboran en ellos, y que se expresan en acciones de planificación, ejecución, auditoría y revisión del gasto público. Los mismos autores indican que estas políticas se expresan a través de planificación del gasto y gestión financiera,

servicio civil y relaciones laborales, compras públicas, organización y métodos, y auditoría y evaluación.

Las iniciativas que se han implementado en el contexto de esta política son: el Sistema de Control de Gestión, el Sistema de Compras Públicas, el Servicio Civil y la Alta Dirección Pública (ADP), Transparencia y Acceso a la Información Pública, y el Programa Chile Gestiona orientado a mejorar la efectividad de la gestión de los organismos del Gobierno central.

La reforma de salud, aprobada en 2003-2005, se basó en el concepto de priorización en salud, que implica que un conjunto de patologías tengan una atención preferente en la atención brindada a la población a través de la política de salud. Los estudios de carga de enfermedad son claves para determinar las prioridades en la atención de salud, en el contexto de este tipo de políticas. A partir de este enfoque conceptual, la reforma se orientó a consagrar un marco de derechos y deberes de los pacientes, a proveer garantías de acceso oportuno a la atención de salud, protección financiera y que la atención cumpla con estándares de calidad. La reforma se expresó en las leyes señaladas en la sección introductoria de este artículo.

### ***Breve descripción de la Modernización de la Gestión Pública***

El momento crítico para la formalización de esta política fue la última cuenta pública del presidente Patricio Aylwin, el 21 de mayo de 1993, en la que señaló: “es indudable que el aparato administrativo del Estado chileno requiere una modernización (...) es necesario, sobre todo, agilizar la función pública, dignificar, estimular el mérito y la iniciativa, agilizar los procedimientos y establecer parámetros estrictos de responsabilidad” (Aylwin, 1993: 20-21). Así, a contar del Gobierno siguiente, el sello de la política sería implantar un “estilo de gestión desburocratizada, orientada por resultados más que por normas rígidas” (Cañas, 2003).

La política se formalizó a través del Plan de Modernización de la Gestión Pública 1997-2000 y de la creación del Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública. La primera de las iniciativas implementadas fue el Programa de Control de Gestión, cuyo objetivo fue “contribuir a la eficiencia de la asignación de los recursos públicos (...), propiciando una mejor gestión de estos”, y para ello estableció “los siguientes instrumentos: indicadores de desempeño, evaluaciones de programas e institucional (comprehensiva del gasto), formato estándar de presentación de programas a financiamiento en

**El Sistema de Compras Públicas, el Servicio Civil y la Alta Dirección Pública surgieron como parte integrante de una negociación entre Gobierno y oposición, establecida para dar solución a una seria crisis política e institucional.**

el presupuesto (fondo concursable), programas de mejoramiento de la gestión (PMG) vinculados a un pago por desempeño funcionario, y balance de gestión integral (BGI) (Guzmán, 2005: 16).

El Sistema de Compras Públicas, el Servicio Civil y la Alta Dirección Pública (ADP) surgieron como parte integrante de una negociación entre Gobierno y oposición, establecida para dar solución a una seria crisis política e institucional que se generó hacia el segundo semestre de 2002, como consecuencia de escándalos de corrupción y que amenazó la continuidad del presidente Ricardo Lagos en el cargo. El resultado de esa negociación fueron los Acuerdos Políticos Legislativos para la Modernización del Estado, la Transparencia y la Promoción del Crecimiento.

El establecimiento del sistema de compras públicas dio origen a un servicio público descentralizado, dependiente del Ministerio de Hacienda, que se denominó ChileCompra y cuya misión es administrar el mencionado sistema. Este opera a través de la plataforma electrónica [www.mercadopublico.cl](http://www.mercadopublico.cl), en la que se exponen las licitaciones del Estado y una amplia gama de oferentes presenta sus propuestas para satisfacer los requerimientos de bienes y servicios demandados por los organismos públicos. Según ChileCompra (2016), “a través de Mercado Público se transan más de US\$ 10.200 millones anuales -cerca de un 3,5% del PIB de Chile-.

El Servicio Civil se constituyó como un servicio público descentralizado dependiente del Ministerio de Hacienda. Su misión es implementar la política de gestión y desarrollo del personal público y administrar el sistema de la Alta Dirección Pública, un mecanismo de selección de altos directivos públicos que incorpora elementos meritocráticos al proceso.

El propósito de generar mayores niveles de transparencia en la acción del Gobierno se concretó a través de la promulgación de la Ley 20.285 sobre “Acceso a la Información Pública”, la que, a su vez, creó el Consejo para la Transparencia como órgano autónomo encargado de gestionar la política y materializar la Ley. La Ley fue promulgada el 20 de agosto de 2008 y el Consejo entró en funciones el 20 de abril de 2009. La misión del Consejo es garantizar el derecho ciudadano de acceso a la información pública.

El Programa Chile Gestiona busca mejorar los resultados de gestión de los servicios públicos del Gobierno central. Para ello, asigna a los subsecretarios la responsabilidad de implementar mecanismos de coordinación y entregar lineamientos estratégicos a los organis-

mos públicos de su dependencia. En este marco, “cada Subsecretaría requiere formar un equipo de control de gestión capaz de generar un conjunto de indicadores y reportes de carácter integral, y acceder a sistemas de información, que le permitan supervigilar la gestión de los servicios de su sector” (Ministerio de Hacienda, 2012: 117).

### ***Breve descripción de la Reforma de Salud***

El Plan AUGE -cuya sigla significa Acceso Universal con Garantías Explícitas en la atención de salud- fue el emblema de la reforma, que luego daría paso al sistema GES (Garantías Explícitas en Salud). Bajo el concepto de priorización en salud, se estableció un conjunto de patologías que tendría preferencia en la atención de salud. La implementación de este Plan comenzó con la cobertura de 25 enfermedades en 2005, en 2007 se incrementó a 56 patologías, luego avanzó a 69 en 2010 y a 80 en 2013.

Adicionalmente, el Plan garantiza el acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. La garantía de acceso implica que una persona que padece una enfermedad AUGE tiene el derecho de recibir atención médica. La garantía de oportunidad se refiere a que si esa persona no ha recibido atención en un cierto breve plazo, tiene el derecho a exigir la atención y el respectivo servicio de salud debe brindárselo en una dependencia pública o bien pagarle esa atención en un hospital privado. La garantía de calidad de servicio implica que el médico debe seguir un protocolo establecido al brindar el tratamiento, informar al paciente acerca del tratamiento que aplicará y llenar los respectivos formularios que dan cuenta que el protocolo ha sido cumplido, cuestión que ha sido resistida por los médicos. La garantía de protección financiera significa que el copago para un determinado paciente será un monto que se ubicará, dependiendo de su capacidad de pago, entre un cero y un 20% del costo total del tratamiento.

La implementación de este Plan pronto levantó críticas de los gremios médicos y otros profesionales de la salud bajo el argumento de que la priorización en salud implicaría postergar la atención de enfermos con patologías no AUGE. Otro flanco de críticas ha sido que no se habría estado dando cumplimiento efectivo a las garantías y que la lista de espera para la atención de salud de las enfermedades AUGE sería extensa y creciente, y que en el caso de las patologías no AUGE la espera sería aún mayor. Adicionalmente, los hospitales públicos reclaman que los costos de las atenciones de salud establecidos por el Ministerio de Salud no representan su costo real y que

hay severos retrasos en las transferencias de recursos financieros a ellos, lo que genera serias dificultades para brindar la atención de salud garantizada por el Plan.

La reforma también implicó profundos cambios organizacionales en el sector salud chileno. Modificó la estructura del Ministerio de Salud. Creó una Subsecretaría de Redes Asistenciales, hospitales autogestionados, transformó la Superintendencia de ISAPRES -que regulaba solo a los seguros médicos pre-pagos- en la Superintendencia de Salud, que añadió la función fiscalizadora sobre FONASA -el seguro público de salud- y, con ello, aumentó la responsabilidad de supervisión de la atención de salud desde dos millones a 12 millones de usuarios.

**Importancia relativa de las fuerzas impulsoras**

Tanto la PMGP como la Reforma de Salud han sido procesos de implementación incremental de política pública y, por tanto, de largo plazo. Así, resulta de interés examinar cuáles han sido las fuerzas impulsoras que han dominado estos procesos. La Tabla 2 muestra la importancia relativa de cada una de ellas.

**Tabla 2**  
**Importancia relativa de las fuerzas impulsoras**

Modernización de la Gestión Pública								
			Búsqueda de racionalidad	Ajuste organizacional de la política	Discreción y adaptación burocrática	Relación de poder	Liderazgo y competencia	Total
Rol del Entrevistado	Autoridades y jefes de servicio	Nº oraciones	64	58	47	46	59	274
		Proporción	23,36%	21,17%	17,15%	16,79%	21,53%	100%
	Directivos medios y asesores	Nº oraciones	18	25	11	11	37	102
		Proporción	17,65%	24,15%	10,78%	10,78%	36,28%	100%
	Otros	Nº oraciones		2	9	3	2	16
		Proporción		12,50%	56,25%	18,75%	12,50%	100%
	Total	Nº oraciones	82	85	67	60	98	392
		Proporción	20,92%	21,68%	17,09%	15,31%	25,00%	100%
Reforma de la Salud								
			Búsqueda de racionalidad	Ajuste organizacional de la política	Discreción y adaptación burocrática	Relación de poder	Liderazgo y competencia	Total

Rol del Entrevistado	Autoridades y jefes de servicio	Nº oraciones	30	42	22	65	19	178
		Proporción	16,85%	23,60%	12,36%	36,52%	10,67%	100%
	Directivos medios y asesores	Nº Oraciones	41	61	43	26	20	191
		Proporción	21,47%	31,94%	22,51%	13,61%	10,47%	100%
	Otros	Nº oraciones	11	20	23	41	3	98
		Proporción	11,22%	20,41%	23,47%	41,84%	3,06%	100%
	Total	Nº oraciones	82	123	88	132	42	467
		Proporción	17,56%	26,34%	18,84%	28,27%	8,99%	100%

Fuente: elaboración propia.

Los datos de la Tabla 2 muestran que, en el caso de la PMGP, en la visión agregada, liderazgo y competencia es el factor impulsor más influyente en la implementación de la política, seguido por el ajuste organizacional de la política y la búsqueda de racionalidad. En la visión general de la Reforma de Salud, la fuerza impulsora determinante de la implementación ha sido la relación de poder, seguida por el ajuste organizacional de la política. Esta visión agregada ya marca diferencias notorias acerca de cómo se da en los hechos la implementación de políticas públicas en ámbitos diferentes del sector público.

Para las autoridades y jefes superiores de servicios públicos, el factor impulsor más relevante en la implementación de la PMGP es búsqueda de racionalidad, seguido de liderazgo y competencia y, luego, de ajuste organizacional a la política. En cambio, en el caso de la reforma de salud, para las autoridades y jefes superiores de servicios el factor de mayor influencia es la relación de poder, seguido por el ajuste organizacional a la política. Para directivos medios y asesores, la principal fuerza impulsora es liderazgo y competencia, seguida por el ajuste organizacional, en el caso de la PMGP; y en la reforma de salud es el ajuste organizacional seguido de discreción y adaptación burocrática. Para representantes de grupos de interés y parlamentarios, la fuerza impulsora más relevante de la implementación de la PMGP es la discreción y adaptación burocrática, en tanto que para este mismo grupo, en la reforma de salud, las relaciones de poder son el factor central de la implementación de la política pública.

**La implementación de políticas públicas se asocia a distintas fuerzas impulsoras dependiendo del área del sector público de que se trate.**

Lo que estos datos dejan ver, basados en información proveniente de dos ámbitos sensibles de la acción gubernamental, es que la implementación de políticas públicas se asocia a distintas fuerzas impulsoras dependiendo del área del sector público de que se trate. Así, entonces, el tipo de patrones de comportamiento organizacional o interorganizacional que prevalece en la implementación de una determinada política pública pareciera tener relación con las características del sector del Gobierno en que esa política pública se desenvuelve.

### ***Las fuerzas impulsoras en la práctica***

Una cuestión central en este tipo de análisis es cómo se expresan las fuerzas impulsoras en los hechos concretos, es decir en las situaciones y circunstancias vividas por quienes tomaron parte en los esfuerzos de implementación.

Entre los entrevistados que han participado en diversos roles en la implementación de la PMGP, el *liderazgo* es visto como un conjunto de cualidades que es esperable que tenga quien encabeza el proceso. A su vez, esas cualidades hacen referencia al dominio del conocimiento en que se funda la política y de los aspectos técnicos involucrados, a la automotivación y la capacidad para motivar a otros, y al compromiso que manifiestan hacia el propósito que persigue la política pública. Una expresión recurrente entre las personas entrevistadas en relación con la PMGP fue “el líder hace la diferencia”. Otro entrevistado señala que el rumbo que toma la implementación de la política pública “tiene mucho que ver con la visión del jefe de servicio”. En referencia a las características del jefe del organismo público a cargo de implementar un programa en el contexto de la PMGP, expone que “él era muy capaz, los que entramos ahí fuimos convocados porque nos vendió la idea, nos sedujo con la motivación que el tenía, él estaba muy enamorado de ese proyecto, él estaba convencido, era un tipo con mucha convicción y tenía claro cuál era la orientación que tenía que tener; tenía mucha capacidad de escuchar también”.

Dadas las cualidades involucradas en la visión sobre el liderazgo, este tipo de líderes prefiere que la implementación se guíe por criterios de competencia técnica, apego a la ley y apartada de influencias políticas. En relación con ello, un directivo superior a cargo de uno de los programas modernizadores expresa lo siguiente: “el rol de no politizar los servicios públicos es muy importante. Traer gente técnica para hacer el trabajo, no traer amigos, tener la visión desde los

ministerios y que no estén metiendo la política en las decisiones todos los días es muy importante; porque, claro, puedes tomar decisiones en base a política y ser popular durante algunos meses, pero al final la calidad de la implementación va a ser mediocre”.

La autonomía, la visión, la capacidad de tomar riesgos, de establecer objetivos y movilizar la organización hacia ellos parecen ser rasgos distintivos para nominar a alguien que debe encabezar la implementación de una política pública. El siguiente es un testimonio que se repite en varios de los entrevistados que ocuparon roles de dirección superior de organismos públicos: “entonces, cuando partimos, le pregunté al Ministro, ‘bueno ¿qué se supone que tengo que hacer como Director?’ Y el me contestó, ‘mira, no sé, ve tú, pero no quiero problemas’”. Otro entrevistado señala: “yo me autofijé objetivos, necesitaba objetivos (...) me puse a medir, hice estudios, hice encuestas, varias cosas más hasta que tuve una dimensión del problema. Entonces, acto seguido me propuse un objetivo y trabajé para cumplirlo; pero eso no me lo dijo ni el Ministro ni el Presidente, no me lo dijo nadie”. Un asesor presidencial agrega: “los servicios que más avanzaron en la modernización tuvieron jefes que estuvieron un largo período, que tomaron riesgos, hicieron cambios profundos, tuvieron conflictos, mejoraron la productividad, a su gente y sus sueldos. Eso les permitió tener apoyo político y lograr cambios legales. Esa cuestión hace toda la diferencia”.

Estos testimonios tienen correspondencia con un enfoque clásico sobre el liderazgo en organizaciones que se centra en las características de quien desempeña el rol de líder. Denis ...[et al] (2005) lo denomina “la visión intraemprendedor” y Hughes (2012) la llama “liderazgo como atributo personal”. Kettl (2005) agrega que “un concepto central en todas estas reformas es que el alto rendimiento en organizaciones públicas depende del liderazgo de los jefes superiores, y que ningún sistema (...) -sea de servicio civil o no- puede trabajar sin una fuerte y sostenida dirección”.

Aunque recurrentemente se destaca este tipo de liderazgo, también la realidad de la implementación muestra la cara contraria. Un alto asesor del Ministerio de Hacienda expresa que “hay una fracción de altos directivos de organismos públicos que son automotivados, son de buen nivel profesional; ellos lograban sacar adelante sus tareas, pero eran una clara minoría (...), no todos están hipermotivados por la gestión pública”. Esta dimensión del liderazgo corresponde a lo que Denis ...[et al] (2005: 541) llaman la “visión administrativa”, según

la cual “la legitimidad de los directivos públicos proviene de su conformidad con los deseos de los políticos electos democráticamente”.

Estos dos tipos de testimonios muestran los diferentes ritmos que tomó la modernización de la gestión pública. Mientras los testimonios que enfatizan la cualidad de los líderes se refieren a aquellos que encabezaron organizaciones que fueron emblemáticas en la modernización, el testimonio contrario hace referencia a aquellas que tuvieron un más lento progreso modernizador. Respecto de ello, Halligan (2012: 104) destaca que “el liderazgo es contingente a los diferentes contextos organizacionales y demandas, los que se refieren a los grados del cambio (de incremental a transformacional), el estilo de cambio (que puede ir de consulta a directivo) y compromiso con el servicio civil (por ejemplo, custodio y guardián)”.

La *búsqueda de racionalidad* es entendida, en el contexto de la PMGP, como la selección de estrategias, medios, herramientas y técnicas que permitan un más efectivo cumplimiento del mandato asignado por la política pública. Para un directivo superior, este fue un proceso por etapas, cada una justificada en términos del contexto que se enfrentaba y el propósito perseguido. Así, señala lo siguiente: “Primero, obviamente, había que resolver problemas urgentes de gestión. Segundo, aplicar tecnologías a los procesos. Tercero, generar cambios culturales que permitieran incorporar la visión de los derechos ciudadanos, sus exigencias y cómo respondía el Estado frente a eso. Cuarto, políticas de recursos humanos que generaran incentivos asociados al cumplimiento de metas que permitieran el mejoramiento continuo de la gestión”.

A continuación, la selección de medios, herramientas y técnicas también estuvo influida por consideraciones estratégicas de cómo lograr mayor efectividad. Otro directivo superior apunta lo siguiente: “hicimos un proceso de planificación estratégica, con participación de consultores del Banco Interamericano de Desarrollo, cuyo propósito era entablar algún tipo de cooperación inicial en el proceso. Documentamos eso y sobre esa base comenzamos a definir cuáles eran las prioridades (...), la implementación de la política suponía tener un calendario de implementación más bien de largo plazo. Tomamos conciencia que estábamos implementando una política que iba a acompañar al Estado chileno muchos años y que suponía un cambio paradigmático con lo que venía hacia adelante”.

Otro directivo superior agrega: “me aboqué a diseñar un plan estratégico (...) [y luego apliqué] otro de los clásicos de la gestión,

**La relación de poder, la fuerza impulsora más relevante en la implementación de la reforma de salud, es vista como una característica de las interacciones que se dan en el contexto del proceso de puesta en práctica de esta política pública.**

definimos indicadores. El gran problema que tiene el sector público es que no tiene un *bottom line*, una línea, y, por lo tanto, necesita indicadores. [Entonces] diseñamos los indicadores -que no existían- para poder medir, para saber qué pasaba, y después instalamos los sistemas”. Un asesor del Ministerio de Hacienda señala: “introducimos el Programa de Mejoramiento de la Gestión (PMG), que era un conjunto de indicadores de rendimiento y el PMG se transformó en el instrumento central de orientación y control de la gestión”.

De este modo, los ejercicios de planificación estratégica, la selección de medios, recursos y técnicas, y el diseño de indicadores de gestión tuvieron como finalidad primaria darle racionalidad al proceso y, con ello, alcanzar efectividad en la implementación de la política de modernización de la gestión pública.

Por otro lado, la *relación de poder*, la fuerza impulsora más relevante en la implementación de la reforma de salud (Tabla 2), es vista como una característica de las interacciones que se dan en el contexto del proceso de puesta en práctica de esta política pública. Directivos superiores y grupos de interés y parlamentarios le dan alta significancia a este factor impulsor. Ello parece una natural derivación del hecho que ellos son las partes que se han enfrentado acerca del rumbo que debe tomar la implementación de esta reforma en la práctica. De este modo, las relaciones que se establecieron entre ambos grupos se caracterizaron por una dinámica de conflicto, negociación y acuerdo, en que los recursos de poder de cada parte han estado en el centro de las interacciones.

La reforma de salud es una política pública que se ha caracterizado por altos niveles de conflicto, los que surgieron en la etapa de formulación y luego se trasladaron a la etapa de implementación. Estos conflictos se desarrollaron en dos espacios: al interior del Gobierno y entre el Gobierno y grupos de interés.

Los grupos que se enfrentaron al interior del Gobierno fueron, por un lado, aquellos que buscaban implementar la reforma tal como había sido diseñada -con participación de proveedores públicos y privados- y, por el otro, quienes se oponían tanto al aporte de prestadores privados como a la priorización en salud. Un parlamentario señala que “el conflicto se dio más al interior del Gobierno”. Un ex subsecretario agrega: “hubo mucho conflicto entre estos dos grupos”. Un alto asesor del Ministerio de Salud señala que “hubo mucho conflicto entre FONASA y la Superintendencia de Salud porque cada uno tenía sus propios temas”. Un ex jefe superior de servicio del sector salud -que

**El ajuste organizacional aparece como un factor impulsor influyente tanto en la PMGP como en la reforma de salud, aunque de segunda importancia en ambas políticas.**

quería que la reforma se implementara como fue diseñada- expresa que “la Ministra y el Director de FONASA que asumieron en 2006 eran opuestos a la reforma y buscaban detenerla. Luego, dado que las encuestas mostraban un gran apoyo ciudadano a la reforma, ellos impulsaron una estrategia de reventar la reforma, incrementando las patologías AUGE de modo de demostrar que el AUGE no podría satisfacer las demandas de la gente por atención de salud y casi lo lograron”. Más allá de si esta impresión es cierta, el hecho real es que esta opinión deja ver un intenso conflicto entre estos dos grupos.

El otro ámbito de conflicto fue aquel que enfrentó al Gobierno con grupos de interés. Un alto dirigente del Colegio Médico señala: “nosotros fuimos muy críticos de la reforma, (...) el Colegio Médico no apoyó la reforma, todo lo contrario, hicimos campaña contra la reforma”. Un exministro de Salud agrega: “los médicos hicieron muchas huelgas, mucha agitación contra la reforma”. Un ex subsecretario añade: “los sindicatos de trabajadores de la salud eran muy opuestos a la reforma”. Un alto dirigente de los gremios de trabajadores de la salud expone que “las asociaciones de trabajadores fuimos muy duros contra la reforma y también había mucha tensión al interior del Gobierno entre los sectores progresistas y no tan progresistas”. Un ex ministro destaca que “en el Consejo AUGE teníamos muchos grupos de interés en contra [de la reforma], pero ellos tenían que estar ahí y tuve que aflojar un poco para darles espacio, y eso es distribuir poder”. Un director de hospital explica que “es la dinámica natural de un hospital, donde hay alta tensión, y un foco importante de la tensión es el tema médico indudablemente (...). Yo tengo que destinar 70 u 80% de mi jornada a abordar problemas relacionados con los médicos, ya sea por demandas de las especialidades médicas o por intereses económicos de los médicos”.

El *ajuste organizacional* aparece como un factor impulsor influyente tanto en la PMGP como en la reforma de salud, aunque de segunda importancia en ambas políticas. En los dos casos, quienes le conceden mayor influencia son los directivos intermedios, asesores, autoridades y jefes superiores. Resultaría algo natural que estos estamentos le concedieran importancia a esta fuerza impulsora, pues son ellos los que tienen la misión de convertir los objetivos y definiciones de la política en acción, de modo de lograr las metas asignadas; y, en ello, deben poner atención a las posibilidades o restricciones que les plantea la estructura, el ambiente organizacional y el diseño institucional desde el cual se implementa la política pública.

En el ámbito de esta fuerza impulsora, un foco de preocupación estuvo en la estructura, procedimientos y cultura organizacional. En el caso de la PMGP, el trabajo en este ámbito se orientó a adaptar la organización a los requerimientos de la política. Un asesor de un directivo superior señala que “la cultura y los procesos de la administración, si bien eran bastante incorruptibles, eran muy inefectivos, y cuando uno trataba de introducir parcialmente medidas de modernización, por ejemplo ponerle indicadores de gestión a los organismos públicos, la reacción de la cultura organizacional era muy fuerte y terminaba en general derribando los proyectos”. Un directivo superior comenta: “me metí en el diseño organizacional y contraté a un asesor (...) [para diseñar] una organización que tuviera bastante flexibilidad y que fuera adecuada a lo que nos estaban pidiendo”. Otro directivo superior señala: “hicimos un levantamiento de proceso, queríamos crear una organización de calidad, una organización que evaluara sus acciones por la mirada ciudadana, por sus usuarios; una organización moderna, impecable desde el punto de vista de sus procesos”.

El rediseño de la estructura ha sido un área de trabajo intenso. Un directivo intermedio señala: “a mi me tocó trabajar con esta estructura recién desarrollada, que era todavía muy jabonosa en términos de todas las responsabilidades y procedimientos (...) ahí empezamos, procedimiento por procedimiento, proceso por proceso, exactamente como creíamos que se debían hacer las cosas”. Un directivo superior explica el trabajo desarrollado en este ámbito: “diseñamos un plan, lo llevamos adelante, concentrados primero en cambiar el foco desde un foco muy autorreferente a un foco en el usuario. Ese es el primer elemento central del cambio: un proceso orientado a generar una institución cuyo lema era ‘personas al servicio de las personas’. Lo organizamos por unidades de negocio, cambiamos la estructura organizacional desde una estructura funcional a una divisional”.

En el caso de la reforma de salud, una cuestión central, en este ámbito, ha sido cómo los enunciados de la política pública bajan a través de la estructura organizacional y se traducen en acciones operativas concretas y cómo los sistemas de información apoyan ese proceso. Un asesor ministerial describe que “a nivel macro, la implementación de la reforma tiene más que ver con la red de servicios de salud, la que siempre tiene un coordinador que se relaciona con los servicios de salud, hospitales, FONASA. Este coordinador debe tener operativos los sistemas de informaciones para que las instrucciones y protocolos bajen hacia los servicios y estos puedan funcionar”. Un

director de hospital acota: “uno maneja una organización que está en constante tensión organizacional. Por un lado, debemos conocer y regular la demanda [por servicios de salud] y, por otro, tenemos que adecuar la oferta [a esa demanda] basándonos en las unidades más productivas y desarrollando esfuerzos para mejorar el rendimiento de las unidades que no son tan productivas. En esto hay mucha reingeniería de procesos y cambios culturales que estamos permanentemente impulsando”. Otro director de hospital añade: “un tema crítico son los sistemas de información, (...) 80% de los servicios de salud son provistos por el sistema público, pero no tenemos un sistema de información en línea, lo cual hace que la operatividad sea ineficiente. Por esa razón, tenemos un gran número de funcionarios dedicados a la tarea de transcripción e ingreso de datos solo para poder tener la información”.

La *discreción y adaptación burocrática* es vista como una acción de apropiación de la política pública y la transformación de ella en acciones concretas por parte de los implementadores que están en contacto directo con los usuarios, según cómo esos implementadores entienden la política pública, su percepción de la situación que enfrentan y las urgencias y prioridades que establecen conforme a ello. Sobre la discreción que aplican los médicos en la implementación de la política de salud, un ex ministro de Salud señala: “el grupo médico tenía dos aspectos donde basa su poder: uno, en la capacidad de modelar el tipo de producción y, por lo tanto, los productos -es la única fábrica en que un grupo de trabajadores muy especializados definen qué producto es lo que genera esa organización-; y, dos, en una gran autonomía. Por lo tanto, cada grupo médico define por sí mismo qué hace y de qué manera lo hace”. Un directivo hospitalario expone su experiencia sobre este tema: “[nos preguntábamos] cómo vamos a priorizar algunas patologías oncológicas, en el caso de nosotros, sin ir en desmedro de las otras que no están categorizadas como beneficiarias del GES. Entonces, en el caso puntual de la gerontología oncológica, donde yo me desempeño, el cérvico-uterino pasó a ser prioritario dentro de nuestra práctica clínica en relación con cáncer de ovario, cáncer de endometrio y otras patologías. (...) Hubo un ajuste desde las bases”.

En el caso de la PMGP, un ex diputado y ex ministro explica: “los servicios que más avanzaron fueron aquellos donde se hizo una planificación estratégica, en que definieron su misión, sus objetivos con amplio involucramiento de sus funcionarios; entonces, cuando

**En el caso de la PMGP, los factores más influyentes fueron liderazgo y competencia, ajuste organizacional a la política y la búsqueda de racionalidad, en tanto que en la reforma de salud estos factores fueron la relación de poder y el trabajo de ajuste organizacional.**

definían metas de gestión, tenía que ver con un proceso que habían desarrollado, con una apropiación de las metas por parte de los funcionarios”.

Visto en perspectiva, todos estos testimonios -ordenados según las fuerzas impulsoras más influyentes- muestran que la implementación es una arena dinámica de intercambios en la que participa una amplia variedad de actores, quienes actúan basados en su percepción acerca del mandato contenido en la política pública. Las fuerzas impulsoras expresan las características y énfasis que toman esta dinámica de intercambio. Así, una pregunta que surge naturalmente es qué hace que una determinada fuerza impulsora llegue a ser la principal o más influyente en el proceso. En los casos de la PMGP y de la reforma de salud, la cuestión es por qué el liderazgo y competencia, en la primera, y la relación de poder, en la otra, se convierten en la principal fuerza impulsora de la implementación.

### **Discusión**

La identificación de las principales fuerzas impulsoras de la implementación ayudan a comprender por qué una política pública es como es, cuál es el contexto real en el que los implementadores han desarrollado su trabajo, los factores que han dominado los intercambios entre ellos, como también los impulsos y restricciones que han encontrado en la tarea de dar cumplimiento al mandato contenido en la política pública.

En el caso de la PMGP, los factores más influyentes fueron liderazgo y competencia, ajuste organizacional a la política y la búsqueda de racionalidad, en tanto que en la reforma de salud estos factores fueron la relación de poder y el trabajo de ajuste organizacional.

La PMGP surge por el impulso -en la primera mitad de la década de 1990- de directivos superiores de servicios públicos que creían que el “Estado lo puede hacer mejor” (Lima, 1997) y cuyo ejemplo persuadió a autoridades del Gobierno siguiente para emprender formalmente la modernización del aparato administrativo del Gobierno central. La implementación de esta política ha sido incremental, ha seguido una práctica de nominar directivos poseedores de competencias técnicas y experiencia en cargos de dirección, los que han aplicado un sello de racionalidad a su gestión, no solo en la selección de medios y estrategias para cumplir el mandato de la política, sino también en el ámbito de los diseños organizacionales que pusieron en práctica.

La reforma de salud, en cambio, surge desde el proceso político, como una iniciativa destacada en el programa de gobierno del presidente Lagos, cuyo proceso de formulación deja ver intensos conflictos por la forma y contenidos que esta asumiría, los que luego pasan a la etapa de implementación. De este modo, entonces, una preocupación de los implementadores de la reforma ha sido cómo cumplir el mandato y ajustar la oferta a la demanda por servicios de salud, en un contexto de alta tensión organizacional.

Así, mientras la PMGP se caracteriza por ser una política endogámica e impulsada por tecnócratas al interior del Gobierno, la reforma de salud se revela como una intervención que desata intensa confrontación entre visiones políticas, tanto al interior del Gobierno como entre el Gobierno y grupos de interés. Ello hace que liderazgo, competencia y racionalidad aparezcan como factores impulsores consistentes con las características de la PMGP y el contexto en que se desenvuelve; en tanto que la relación de poder se manifiesta como la fuerza impulsora determinante en la implementación de la reforma de salud, dado el intenso conflicto alrededor de ella.

El trabajo de Hasenfeld y Brock (1991), cuya conceptualización se recoge en este artículo, analiza la implementación de políticas sociales en Estados Unidos. Su conclusión es que la relación de poder, seguida de la discreción y adaptación burocrática -otra forma de relación de poder, según ellos- serían las fuerzas impulsoras más destacadas en la implementación de esa política pública.

Hasenfeld y Brock (1991) describen la política social como una intervención del Estado redistributiva, que aborda demandas ciudadanas por mejoras en el bienestar de diferentes grupos poblacionales. Ripley y Franklin (1982), a su vez, señalan que en el ámbito de la política social hay altos niveles de conflicto y es el que menos aceptación muestra a la implementación de rutinas de cualquier tipo de políticas.

En el análisis de implementación del Programa Estadual de Seguro Infantil de Salud en tres estados de los Estados Unidos, McGrath (2009) encontró que racionalidad y ajuste organizacional eran las fuerzas impulsoras dominantes en la implementación del Programa en Massachusetts y Georgia, y Ohio respectivamente, lo que divergiría de los hallazgos de Hasenfeld y Brock (1991). McGrath (2009) agrega que el esquema provisto por Hasenfeld y Brock (1991) no sería efectivo en explicar la implementación de un programa con extensos acuerdos sobre sus metas. Sobre ello, es de notar, sin embargo, que McGrath (2009) analiza la implementación de un programa con bajos niveles

de conflicto y con altos componentes técnicos en su implementación en tres estados -según se puede leer en la narración que él hace-, por lo que sería natural que la relación de poder no haya sido un factor dominante en el proceso y si lo haya sido la búsqueda de racionalidad y el ajuste organizacional.

McGrath (2009) finalmente concluye que “el contexto -la historia programática, las instituciones, la economía y la ideología prevaleciente- llevaría a que unas fuerzas impulsoras fueran más explicativas que otras en cada caso”. Él adicionalmente argumenta que esta evidencia sugeriría que la implementación sería una combinación de factores políticos, tales como conveniencia y compromiso, y factores más propios de la política pública, como capacidad y experiencia, pero estos factores no son definidos en su trabajo.

La política tiene que ver con conflicto, negociación, factibilidad, acuerdo y compromiso, los que, en otras palabras, pueden ser expresados como relación de poder. Por otro lado, habría sido deseable explicitar las referencias a los factores de política pública señalados por McGrath (2009). Si capacidad y experiencia se refiere a quienes encabezan el proceso de implementación, entonces la fuerza impulsora involucrada podría ser la de liderazgo y competencia; si ellas se refieren a las organizaciones, entonces la fuerza impulsora sería el ajuste organizacional al ambiente de la política pública; y si ellas se refieren a los burócratas de nivel inferior, entonces la fuerza impulsora aludida sería la de discreción y adaptación burocrática.

No obstante ello, el trabajo de McGrath (2009) es muy interesante porque describe cómo el contexto -es decir, las características de la política pública en análisis y del sector de actividad gubernamental-determina qué fuerza impulsora prevalece en la implementación de una política pública.

Más allá de las diferencias metodológicas, lo que muestran estos trabajos es que las características de la política pública y del contexto en que esta se desenvuelve son los aspectos que determinarían cuál sería la fuerza impulsora dominante. Las políticas que arrastran apreciables niveles de conflicto y que se desenvuelven en ambientes de alta controversia política serían más proclives a que la fuerza impulsora dominante sea la relación de poder; mientras que políticas endogámicas, con alto componente técnico, que involucran cambios de orientación y modificaciones organizacionales, tendrían una mayor propensión a que las fuerzas impulsoras dominantes sean liderazgo, competencia, búsqueda de racionalidad y ajuste organizacional.

Ámbitos que se caracterizan por altos niveles de conflictividad requieren extensos niveles de consenso en la formulación de políticas públicas, de modo que la implementación no termine naufragando en un mar de disputas.

Ello genera aprendizajes que habrían de ser recogidos por los formuladores de políticas públicas. Por un lado, ámbitos que se caracterizan por altos niveles de conflictividad requieren extensos niveles de consenso en la formulación de políticas públicas, de modo que la implementación no termine naufragando en un mar de disputas. Por otro lado, resulta también notorio que el tipo de fuerza impulsora prevaeciente describe las características deseables de quienes encabezarán el proceso de implementación y del diseño organizacional que se necesita para la puesta en práctica, y ello es un antecedente que debe ser recogido a la hora del diseño de la política.

### Comentario final

El análisis de las fuerzas impulsoras de la implementación en un contexto interorganizacional pone atención en cómo los implementadores a diferentes niveles interactúan y, en esta interacción, cuáles son los patrones de comportamiento organizacional e interorganizacional dominantes. Estos patrones dominantes, a su vez, irían dando forma al proceso de implementación y, consecuentemente, al modo en que las personas reciben los bienes y servicios que provee el Estado. Estas fuerzas impulsoras no aparecen como una cuestión que sea de elección de los implementadores, sino, más bien, serían la consecuencia de las características conjuntas de la política pública en sí y del sector de actividad gubernamental en que ella se desenvuelve.

Tanto los trabajos de Hasenfeld y Brock, McGrath y los casos de implementación analizados en este artículo coinciden en que las características de la política pública y el contexto en que ella se desenvuelve aparecen como cuestiones significativas para explicar porqué determinada fuerza impulsora es dominante y de ello deben deducirse lecciones para la formulación.

### Bibliografía

- Aylwin, Patricio (1993), *Mensaje Presidencial del 21 de Mayo de 1993*, Valparaíso, Congreso Nacional de la República de Chile.
- Barzelay, Michael; Gaetani, Francisco; Cortázar Velarde, Juan Carlos; y Cejudo, Guillermo (2003), "Research on Public Management Policy Change in the Latin America Region: a Conceptual Framework and Methodological Guide", en *International Public Management Review*, Vol. 4 N° 1, pp. 20-42.
- Boeninger, Edgardo (2007), *Políticas públicas en*

- democracia: institucionalidad y experiencia chilena 1990-2006*, Santiago, Uqbar Editores.
- Cañas Kirby, Enrique (2003), “Modernización de la gestión pública del Estado de Chile”, en *El periodo del presidente Frei Ruiz-Tagle*, Óscar Muñoz y Carolina Stefoni (coords.), Santiago, Editorial Universitaria.
- Centro de Estudios Públicos (2016), Encuestas CEP/Programa de Opinión Pública. Estudios de Opinión Pública 1990-2000, Santiago, CEP, <http://www.cepchile.cl>, 03-06- 2016.
- Cohen, Michael D.; March, James G.; y Olsen, Johan P. (1972), “A Garbage Can Model of Organizational Choice”, en *Administrative Science Quarterly*, Vol. 17 N° 1, pp. 1-25.
- ChileCompra (2016), ¿Qué es ChileCompra?, Santiago, ChileCompra, [http://www.chilecompra.cl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2141&Itemid=180](http://www.chilecompra.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=2141&Itemid=180), 02-08-2016.
- Denis, Jean-Louis; Langley, Ann; y Rouleau, Linda (2005), “Rethinking Leadership in Public Organizations”, en *The Oxford Handbook of Public Management*, Ewan Ferlie, Laurence E. Lynn Jr. y Christopher Pollitt (eds.), Oxford, Oxford University Press.
- Dimitrakopoulos, Dionyssi y Richardson, Jeremy (2001), “Implementing EU Public Policy”, en *European Union: Power and Policy-Making*, Jeremy Richardson (ed.), London, Routledge. 2. ed.
- Elmore, Richard F. (1979-1980), “Backward Mapping: Implementation Research and Policy Decisions”, en *Political Science Quarterly*, Vol. 94 N° 4, pp. 601-616.
- Guzmán S., Marcela (2005), *Sistema de Control de Gestión y Presupuesto por Resultados: la experiencia chilena*, Santiago, Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuesto.
- Halligan, John (2012), “Leadership and the Senior Service from a Comparative Perspective”, en *The SAGE Handbook of Public Administration*, B. Guy Peters y Jon Pierre (eds.), London, Sage. 2. ed.
- Hasenfeld, Yaheskel y Brock, Thomas (1991), “Implementation of Social Policy Revisited”, en *Journal of Administration and Society*, Vol. 22 N° 4, pp. 451-479.
- Hondeghem, Annie y Vandermeulen, Filip (2000), “Competency Management in the Flemish and Dutch Civil Service”, en *The International Journal of Public Sector Management*, Vol. 13 N° 4, pp. 342-353.
- Hughes, Owen E. (2012), *Public Management and Administration*, London, Palgrave, McMillan. 4 ed.
- Kettl, Donald F. (2005), *The Politics of the Administrative Process*,

- Washington, CQ Press. 3 ed.  
Lima, Marcos (1997), "Sobre la naturaleza de los cambios en el management público", en *Calidad de servicio y atención al usuario en el sector público*, Ministerio de Hacienda. Dirección de Presupuesto, Santiago, Dolmen Ediciones.
- Lipsky, Michael (1980), *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the Individual in Public Service*, New York, Sage.
- McGrath, Robert J. (2009), "Implementation Theory Revisited... Again: Lessons from the State Children's Health Insurance Program", en *Politics and Policy*, Vol. 37 N° 2, pp. 309-336.
- Ministerio de Hacienda (2012), "Estado de la Hacienda Pública 2012", presentación del Ministro de Hacienda Felipe Larraín Bascuñán, Santiago, MINDHA.
- Pressman, Jeffrey y Wildavsky, Aaron (1973), *Implementation: How Great Expectations in Washington Are Dashed in Oakland*, Los Angeles, University of California Press. 3. ed.
- Ripley, Randal y Franklin Grace (1982), *Bureaucracy and Policy Implementation*, Homewood, Dorsey Press.
- Sabatier, Paul y Mazmanian, Daniel (1980), "The Implementation of Public Policy: a Framework of Analysis", en *Policy Studies Journal*, Vol. 8 N° 4, pp. 538-560.
- Saetren, Harald (2005), "Facts and Myths about Research on Public Policy Implementation: Out-of-Fashion, Allegedly Dead, but Still Very Much Alive and Relevant", en *The Policy Studies Journal*, Vol. 33 N° 4, pp. 559-582.
- Valles, Miguel S. (2007), *Técnicas cualitativas de investigación social: reflexión metodológica y práctica profesional*, Madrid, Editorial Síntesis.