

# MODELO DE GESTIÓN MUNICIPAL DE SALUD.



## Síntesis ejecutiva

Nombre	Modelo de Gestión Municipal de Salud
Comuna	Quillota
Región	V Región de Valparaíso
Organización	Departamento de Salud - Municipalidad de Quillota
Tipo de organización	Municipio
Tema	Salud, Gestión Local, Cultura, Igualdad de Género, Deporte y Recreación, Medioambiente y Participación Ciudadana, Infancia, Juventud y Familia.
Actores	Población general, Organizaciones sociales rurales y urbanas
Área	Urbana y Rural
Nombre y cargo de la persona de contacto	Víctor Alvarado Miric. Director Depto. Salud Municipal. Quillota.
Dirección	La Concepción 578
Fono-Fax	33- 267769, 267768, 267768
Email	direcciondds@terra.cl

Esta iniciativa implementada por el Departamento de Salud de la Municipalidad de Quillota desde 1995, se basa en el seguimiento a la condición de salud de las familias en un reenfoque de la gestión desde individuos y pacientes a familias y ciudadanos.

El modelo implementado ha flexibilizado los procedimientos de la atención primaria de salud de la comuna y fortalecido la participación ciudadana, integrando a la comunidad a los centros de salud. Para ello, se ha realizado una reingeniería del sistema orientada al mejoramiento de la calidad de atención y a una mayor fiscalización.

Sus principales objetivos son:

- Lograr una mayor corresponsabilidad de los involucrados en el proceso salud-enfermedad, potenciando especialmente el rol de la familia en este proceso;
- Mejorar la eficiencia del sistema asistencial y administrativo;
- Incidir favorablemente en una cultura ciudadana de mayor integración y tolerancia a la diversidad y en la generación de comunidades saludables.

Los logros más notables son:

- Aumento de la calidad de atención, expresada en: aumento de las atenciones, mayor fiscalización, mayor integración, más capacitación a funcionarios, aplicación de encuestas de satisfacción de usuarios, implementación de sistema de reclamos, sugerencias y felicitaciones.
- Creación de la Unidad de la Familia en el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, que trabaja con diversos Planes de Intervención Familiar.
- Creación del Centro de Promoción de Salud y de la Cultura, que busca incidir favorablemente en una cultura de la integración ciudadana y el respeto a la diversidad.
- También han capacitado a equipos y funcionarios en el nuevo enfoque de salud de la comuna y aplicado encuestas de satisfacción usuaria.

# MODELO DE GESTIÓN MUNICIPAL DE SALUD.

INICIATIVA IMPULSADA POR LA MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

PATRICIA VERA<sup>1</sup>

## 1. Antecedentes y Descripción de la Iniciativa

### 1.1 Contexto Nacional

El modelo de gestión municipal de salud de Quillota constituye una experiencia de innovación pionera en Chile iniciada en 1995 y que a partir de 2002 es pertinente con las nuevas líneas programáticas del Ministerio de Salud en atención a la meta sanitaria del 2010 y con la modernización de la gestión local de la atención primaria.

Esta experiencia ha ensayado respuestas independientes al devenir histórico del país en el ámbito de la salud, abordado con mayor énfasis a partir de los noventa por los gobiernos de la Concertación, que promueven el fortalecimiento del sistema público que da atención a la mayoría de la población. Desde entonces, se aumentó el aporte fiscal al sector público de salud que pasó de 0,9% del PIB el año 1990 a 1,6% del PIB (FONASA) el año 2000, mejorando los niveles de inversión y entregando mayores recursos para la operación de los establecimientos, tanto en el nivel primario como secundario y terciario; así mismo, se realizaron esfuerzos por mejorar la situación en que se encontraban los trabajadores. A pesar de ello, el presupuesto sigue siendo inferior al gasto, lo que provoca endeudamiento hospitalario, y la gestión clínica y administrativa no se han modernizado suficientemente.

En el sector privado por otra parte, se ha buscado regular el funcionamiento del mercado de seguros privados de salud, a través de modificaciones a la legislación específica vigente<sup>2</sup> que entre otros aspectos crea la Superintendencia de ISAPRE, pero que hasta ahora no ha podido solucionar el problema de la selección de riesgo, de una acción sanitaria fundamentalmente curativa y donde se aprecia también un gasto en ascenso.

Existen grados crecientes de insatisfacción de los usuarios en ambos sistemas; en el sistema público fundamentalmente por falta de oportunidad y listas de espera para tratamientos y en el sector privado por inseguridad frente a las enfermedades más graves y los elevados co-pagos<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Asistente Social (Universidad de Valparaíso), Magíster en Gestión de Políticas Nacionales, Mención Educación y Cultura, UPLACED y Doctor(a) en Política y Gestión Educativa (Universidad de Playa Ancha). Se ha desempeñado en diversos cargos asociados a la docencia universitaria y a la formación de profesionales de servicios públicos. Ha trabajado en Municipalidades en el área social. En la actualidad es docente de la Universidad de Playa Ancha.

<sup>2</sup> Ley 18.933 y sus modificaciones, última Ley 19.650, de 24/12/ 1999.

<sup>3</sup> Recogido en informe de Minga Consultora S.A. y reiterado por informantes claves.

En este marco de persistencia de inequidades en el estado de salud y en la atención de salud de hombres y mujeres, el gobierno del Presidente Ricardo Lagos retomó el compromiso con el sector a través de una nueva reforma de salud, como una de las principales transformaciones sociales a llevar a cabo en el país.

Para llevar adelante esta reforma al sistema de salud, el Ejecutivo envió entre 2001 y 2002, cinco proyectos de ley al parlamento, algunos de los cuales todavía se encuentran en discusión, ya sea en la Cámara de Diputados o en el Senado. En el proceso participaron fundamentalmente departamentos técnicos del MINSAL y FONASA, impulsado por una comisión interministerial. Los proyectos de ley son los siguientes: Derechos y Deberes en Salud<sup>4</sup>, Régimen de Garantías de Salud<sup>5</sup>, Financiamiento<sup>6</sup> del mayor aporte fiscal requerido, Modificación al Sistema Público<sup>7</sup> de salud y Modificación a la regulación de las ISAPRE<sup>8</sup>.

El más emblemático de estos proyectos es el Régimen de Garantías de Salud, más conocido como Auge, que entró en vigencia en 2005. Ha sido señalado por el Gobierno como la pieza central de la Reforma, por la formulación de un conjunto de garantías explícitas, exigibles por las personas para determinados problemas de salud, en términos de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera. Este conjunto garantizado, restringido a un cierto número de problemas de salud priorizados, tendría un financiamiento especial a través de impuestos específicos y de la creación de un fondo de redistribución de riesgo con aportes de los cotizantes.

El Proyecto Régimen de Garantías en Salud plantea la necesidad de abordar el siguiente conjunto de materias: 1) la definición de objetivos nacionales de salud, como referente principal para establecer prioridades, definir estrategias y planificar actividades; 2) el Sistema de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), constituido por acciones de salud pública y el componente de salud de las personas, con patologías priorizadas; 3) un nuevo modelo de atención orientado a la promoción, prevención, y atención oportuna y permanente; 4) fortalecimiento de los recursos humanos, a través de una política de personal y un modelo laboral; 5) creación de una Autoridad Sanitaria para regular el funcionamiento del sistema público y el privado, reforzando el rol del MINSAL como ente rector; 6) financiamiento mediante la creación de un fondo solidario; y 7) mejoramiento de la gestión para asegurar la máxima efi-

---

<sup>4</sup> Proyecto de ley sobre Derechos y Deberes de las Personas en Salud, Mensaje 038-344, mayo 2001.

<sup>5</sup> Proyecto que establece un Régimen de Garantías en Salud, Mensaje 1-347, mayo 2002 e Indicaciones al proyecto, mensaje 084-347, junio 2002.

<sup>6</sup> Mensaje 086-347, junio 2002.

<sup>7</sup> Proyecto que modifica el DL 2763 de 1979, Mensaje 81-347 de junio 2002.

<sup>8</sup> Proyecto que modifica la Ley 18.933, Mensaje 082-347, junio 2002.

ciencia en el uso de recursos públicos, incluyendo la rendición de cuentas por parte de los directivos del sistema.

La propuesta busca ajustar la nueva estructura sanitaria del sector público a las actuales exigencias de la transición epidemiológica, la tecnología médica vigente y las necesidades de salud de la población. Los cambios sociales, económicos y culturales han incidido en un patrón de mortalidad donde predominan enfermedades cardiovasculares, traumatismos y cánceres. En su primera fase, se cubrirán 56 patologías que representan aproximadamente el 80% de la carga de enfermedad y más del 50% de las causas de hospitalización. Si bien el sistema público ya cubre todas estas patologías, la reforma garantizaría plazos más cortos para su atención.

Con la reforma, se declara buscar también otorgar a la red pública de atención mayores capacidades de gestión local y aumentar la capacidad resolutive de la atención primaria en un modelo de salud preferentemente preventivo y promocional, dotando a los consultorios de recursos técnicos y profesionales para abordar la tarea.

Los servicios de salud verían fortalecida su capacidad de gestión haciéndose más autónomos. La dirección de los servicios amplía sus atribuciones para organizar y coordinar la gestión de las redes, la gestión financiera y sanitaria, a la vez que debe rendir cuenta pública y someterse a evaluación por desempeño. Las redes asistenciales permiten mayor flexibilidad administrativa y una mayor articulación con la comunidad a través de instancias participativas y monitoreo de la gestión. Cada red asistencial, compuesta por profesionales, equipamiento y recursos de salud, asume la responsabilidad de la población en su territorio, abarcando la gestión de todos los niveles: atención primaria, hospitales y centros especializados.

Algunos de los objetivos de la reforma de salud planteados a partir del 2000 fueron considerados a partir de 1995 en la experiencia de Quillota. Entre ellos el respeto de la dignidad de las personas y las familias, así como su derecho a estar plenamente informados de las coberturas de salud y de sus beneficios y costos. Obtener hora de atención sin tramitaciones y que dicha citación sea respetada. Que baños, salas de espera y demás sitios públicos sean dignos y adecuados. Conocer tiempos máximos de espera u otras tramitaciones que pudiera haber en algunas prestaciones de salud. Saber dónde consultar, reclamar y cómo participar.

La reforma aspira contar con la contribución de las personas, familias y comunidades en el cuidado de la salud, fortaleciendo la prevención, actuando sobre el medio ambiente y los factores sociales que afectan la salud de las personas. Las conductas responsables y saludables en el hogar, la localidad, el barrio y la ciudad son claves para alcanzar estos objetivos.

Bajo el enfoque de salud familiar propiciado en este último quinquenio por la reforma de salud, la población atendida aumentó de un millón 322 mil 684 personas en 2002, a un millón 528 mil 650 en 2003, y a 2 millones 463 mil 740 en 2004.

Las innovaciones adelantadas durante estos últimos diez años por el Departamento de Salud de Quillota, muestran logros de diversa índole, que responden a los desafíos planteados por la reforma de la salud que se está aplicando en el último quinquenio en el país.

## 1.2 Contexto Local

La iniciativa “Modelo de Gestión Municipal de Salud”, se desarrolla en la comuna de Quillota, Región de Valparaíso. Quillota tiene una superficie de 302 Km<sup>2</sup> y una población de 75.916 habitantes (38.725 mujeres y 37.191 hombres). Esta comuna acoge a 4,93% de la población total de la región de Valparaíso.

Según los datos del Censo 2002, el 86,97% de la población de Quillota es urbana y 13,03% es rural. En esta comuna 16,13% de la población vive en condición de pobreza (12.845 personas) y 3,25% se encuentra en situación de indigencia (2.589 personas).

Quillota, desde el punto de vista económico-productivo, transita desde un modelo de producción eminentemente agrícola y de servicios, a otro con un perfil agroindustrial e industrial, exigiendo capacidades distintas a las tradicionales a su población.

Esta transición constituye una expresión del cambio del escenario país, en el cual se están produciendo variaciones demográficas y socioculturales que inciden en las causas de morbi-mortalidad en la comuna, la que ha sido definida desde el punto de vista epidemiológico como en transición hacia índices similares a los de países desarrollados.

La experiencia se inscribe dentro del proceso de desarrollo y autonomía de la gestión local, marco en el cual en el año 1995 se implementó una reingeniería en el área de salud municipal. Se elaboraron proyectos e instrumentos que no existían en el Sistema de Atención Primaria de Salud (ATPS) nacional, entre ellos la línea 800, agendas programadas y diferidas computacionalmente y el cambio del Servicio de Orientación Médica (Some) por módulos de atención personalizada.

Desde entonces, el Departamento de Salud Municipal ha promovido un sistema de salud primaria orientado bajo el paradigma de la calidad y los resultados, que incluye la participación de los beneficiarios agrupados en organizaciones sociales. En esta perspectiva se diseñó un modelo de atención centrado en la familia que propicia una ciudadanía más co-responsable del proceso salud-enfermedad, lo que supone el aumento de la participación ciudadana en salud; el incremento de los niveles de integración, la disminución de demandas asistenciales, el conocimiento de los derechos en salud por parte de los(as)

ciudadanos(as), y en definitiva, en la mejora de las condiciones de vida a través de la entrega de servicios de calidad.

Esta visión estratégica adoptada por el Departamento de Salud se expresa en las actividades que se realizan bajo su responsabilidad en los cinco consultorios, la posta rural de la comuna, una Plataforma de Gestión Familiar y un Centro de Promoción de la Salud y la Cultura. Estos centros de atención primaria de salud atienden a 69.377 personas inscritas en ellos según los requisitos del Fondo Nacional de Salud, FONASA.

### 1.3 Descripción del programa

#### 1.3.1 Origen Local

La experiencia de reforma de la gestión del sistema de salud comunal tiene su origen en una innovación aislada en el año 1995, denominada FONOSALUD, anticipándose a las estrategias de eliminación de las esperas y colas en los consultorios del país. Seguidamente a esta primera innovación, se comienzan a suceder iniciativas como la eliminación de las ventanillas, la formación de equipos de trabajo al interior de los consultorios y equipos mixtos con la comunidad.

Los hitos de la experiencia se pueden dividir en aquellos relacionados con la infraestructura y los propios de la gestión.

La evolución de la infraestructura:

- En noviembre 1994 inauguran el Centro de Salud Rural de La Palma.
- En mayo de 1995 se entrega la Posta Rural de Manzanar, proyecto de creación, con entrega de instalaciones nuevas.
- En 1999 se entregan la mayor cantidad de las obras, como el Centro de Salud Urbano Cardenal Raúl Silva Henríquez y el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura (ubicado en las ex dependencias del Consultorio N° 2).
- En septiembre del año 2002, se produce la inauguración de la Plataforma de Gestión Familiar, la obra más representativa de la transformación.
- En agosto de 2003 se inaugura el Centro de Salud Dr. Miguel Concha y la ampliación del Centro de Salud San Pedro.

Modernización de la Gestión. Incluye acciones de carácter técnico-administrativo y un permanente acompañamiento con intervenciones pro cambio organizacional. Estos hitos en la gestión son los siguientes:

- Octubre de 1994: se presenta al concejo municipal el proyecto “Modernización de la Atención Primaria en Quillota”.
- Junio de 1995: creación de línea 800 (fono salud).
- Agosto de 1995: se comienza a aplicar la extensión horaria para atención profesional.

- En noviembre de 1995 se logra la aprobación por parte del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR) del proyecto de gestión para solucionar el tema de la demanda, informatización de la atención.
- Abril de 1996: Creación de proyecto “Oportunidad, acceso, trato y resolutivez de la atención de salud en SATPS” , lo que genera el cambio de los SOME tradicionales por módulos personalizados.
- Junio de 1996: Presentación de proyecto “Oportunidad, acceso, trato y resolutivez de la atención de salud en la SATPS”, en Congreso Internacional de Medicina Familiar en Granada España.
- Febrero de 1997: Realización de la primera escuela de salud (capacitación) para funcionarios/as de la SATPS de Quillota. Hasta la fecha se han realizado seis escuelas con un total de 400 funcionarios/as capacitados/as.
- Marzo de 1997: Reorganización de la estructura directiva territorial de SATPS. Esto significa el reordenamiento funcional, técnico y administrativo.
- Septiembre de 1998: Realización de Estudio de la demanda usuaria de unidad de emergencia del hospital San Martín de Quillota, lo que genera un convenio de apoyo mutuo en relación a problemáticas comunes.
- 1999: Inauguración del módulo dental infantil en el Centro Cardenal Raúl Silva Henríquez, que atiende a niños y niñas de los cursos de primeros y segundos años de las escuelas municipalizadas. Este programa se realiza en conjunto con la JUNAEB y Departamento de Educación de Quillota.
- Diciembre de 2000: Realización de la primera cuenta pública del Departamento de Salud Quillota. Esta actividad se realiza todos los años por el Departamento de Salud, el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura y el comité comunal de promoción de la salud.
- 2001: Lanzamiento de primera revista del Departamento de Salud Quillota.
- 2001: constitución del comité comunal de promoción de la salud con participación de dirigentes comunales, representantes del Servicio de Salud y funcionarios/as de Hospital San Martín.
- Abril de 2001: Constitución de la Red de Adolescencia de Quillota con participación de organizaciones juveniles, UNICEF, DIDECO, centros de alumnos y Centro de Promoción de la Salud y la Cultura.
- Agosto de 2001: Presentación de proyecto de reposición y normalización del consultorio N° 1 al FNDR. Lo anterior significa la construcción del Centro de Salud Dr. Miguel Concha y la nueva funcionalidad del sistema de salud comunal.
- Junio de 2002: Presentación al concejo municipal del nuevo modelo de salud comunal.

- Agosto de 2002: Realización de Seminario de sensibilización e información del nuevo modelo de salud, para directivos de servicios públicos, autoridades de la comuna y de gobierno.
- Agosto de 2002: Realización de jornada “Conociendo y promoviendo la reforma local de salud”, para dirigentes vecinales y de organizaciones sociales.
- Agosto de 2002: Inauguración del nuevo modelo de salud comunal (comienzo formal de la atención en salud).
- Octubre de 2002: Se recibe la premiación en reconocimiento en el II Congreso Chileno de Promoción de la Salud por la contribución al desarrollo de la Promoción de la Salud en Chile.
- Noviembre de 2002: Presentación de modelo comunal de salud en el Congreso de Políticas Juventud en Pauta, en la ciudad de Sao Paulo, Brasil.
- Noviembre de 2002: Comienzo de estudio comparativo en seis comunas de América del Sur: “Análisis de modelos de gestión comunales”, realizado por FLACSO Chile, donde este modelo es parte del estudio.
- Diciembre de 2002: Lanzamiento de imagen corporativa del Departamento de Salud Quillota, con la creación de logotipo, mascota para campañas y acciones y página Web.
- 2002: Adjudicación de dos buses de integración social para menores con discapacidad por parte del gobierno regional, proyecto desarrollado por “Agrupación Esperanza 2000” (organización nacida bajo el alero del Centro de Promoción de la Salud y la Cultura).
- 2002: Firma convenio con ONG Brasileña REPROLATINA y S.S.V.Q., para dar inicio a proyecto de capacitación en salud sexual y reproductiva a funcionarios/as de ATPS Quillota y representantes de la comunidad.
- 2003: Lanzamiento de la segunda revista del Departamento de Salud Quillota.
- 2003: Realización de tres cursos de capacitación con REPROLATINA, en salud sexual y reproductiva.
- Octubre de 2003: Comienzo del funcionamiento de la Unidad de la Familia en el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez.
- 2003 y 2004: Publicación en libros: “De pacientes a ciudadanos (as), experiencias democratizadoras en salud”, “Iniciativas sociales locales y ciudadanía hacia un Chile democrático” e “Innovación y Ciudadanía en la Gestión Territorial”, todas las publicaciones al alero de la Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza.
- 2004: Trabajo conjunto con Hospital San Martín de Quillota, para reducción de lista de espera en la especialidad de dermatología. Este proyecto incluye capacitación a médicos generales de ATPS, para atención de pacientes reduciendo en el plazo de 4 meses una lista de espera de 609 pacientes.

- 2003-2004: Autocapacitación para profesionales de centros de salud, en conjunto con Hospital San Martín.
- Estas acciones son acompañadas mediante debates, diagnósticos, seminarios, talleres, concursos, material de difusión, comunicados de prensa, información radial, de los cuales guardan actas, registros físicos y evidencias formales, como folletos, boletines, afiches, comunicados, fotografías, actas de las reuniones, entre otros medios de verificación<sup>9</sup>.
- Simultáneamente se desarrollaron acciones de capacitación permanente a los funcionarios para revertir las resistencias al cambio y transformar las debilidades en fortalezas. Las acciones de implementación, consistieron en la ejecución de los proyectos, algunos de los cuales implicaron estadias transitorias en otros centros de salud, mudanzas, que fue necesario administrar y organizar sin suspender las atenciones de salud. Implicó administrar la participación, organizarla y estimularla, en todas sus expresiones.

A partir de las primeras transformaciones los equipos han estado monitoreando la readecuación permanente de las actividades a los resultados esperados y de su impacto en la participación, con el fin de satisfacer las demandas de la comunidad para flexibilizar sus servicios a las expectativas de los usuarios.

### *1.3.2 Caracterización*

El Modelo de Gestión Municipal de Salud de Quillota apunta a problemáticas múltiples y variadas, que van desde la relación Minsal-municipio, organización interna, hasta el rol del ciudadano en materia de salud.

Sin embargo, la propuesta desplegada por esta experiencia ha buscado sortear la rigidez estructural y normativa del sistema nacional de salud que limitaba la posibilidad de incorporar innovaciones en las programaciones, animar la iniciativa y compromiso de los funcionarios, y/o la creación de otros espacios alternativos de trabajo con la ciudadanía para mejorar la calidad del servicio. Además, el sistema de financiamiento per cápita de \$ 930 percibido por este municipio no responde a las necesidades de la gestión actual.

Desde el punto de vista de la cultura cívica se observó que existía complacencia de la población, la que no era demandante, no conocía sus derechos y era un actor(actriz) pasivo(a) del proceso salud-enfermedad. No existían espacios de integración ciudadana, donde confluyeran distintas iniciativas de mujeres, jóvenes (tribus urbanas), familias y niños(as), realizando distintas actividades, en un marco de tolerancia a la diversidad, democracia e integración.

En el sistema comunal de Quillota las características de estos centros de salud estaban determinadas principalmente por los programas que desarrollaban, no existiendo retro-alimentación constante entre ellos, dándose preferentemente sólo a través de las reuniones periódicas regulares de los directivos de dichos establecimientos.

Tradicionalmente, existía un cierto nivel de competitividad entre los consultorios, lo que conllevaba cambios de los pacientes de un centro de salud a otro. Así una persona en el transcurso de un año podía cambiar su afiliación tres veces y recibir dualidad de atenciones. Lo anterior traía consigo consecuencias negativas para el sistema y los pacientes, por la carencia de un seguimiento médico y/o de salud adecuado.

Las dobles inscripciones y dobles atenciones recibidas por los pacientes itinerantes ocurrían por la falta de un sistema coordinado que contara con herramientas tecnológicas necesarias para tener una completa visión sobre sus afiliados y sus actividades. Este déficit de control mermaba obviamente las arcas del sistema de salud municipal, generando por consiguiente una inequidad en la distribución de los recursos, que en definitiva eran mal aprovechados.

Era necesario además, contar con un sistema de atención familiar, a través del cual todos los integrantes de la familia no se separaran en cuanto a la atención propiamente tal y a su efectivo registro, y donde la vinculación fuera una variable que estuviera presente en todas las atenciones que a estos se les brindaban.

Para que esta propuesta fuera sostenible en el tiempo, se requería un sistema informático que administrara ágilmente la información producida, dando, por un lado información a los centros de salud sobre las familias atendidas, y por otro, comunicando las prestaciones que éstas han tenido en el transcurso de un determinado periodo.

Ante este panorama se plantearon los siguientes **objetivos**:

- Desarrollo de una intervención sanitaria que logre impactar en una alta satisfacción del usuario.
- Lograr una mayor responsabilidad de los involucrados en el proceso salud-enfermedad, potenciando a la familia.
- Transformación de los procesos al interior del sistema asistencial y administrativo.
- Incidir favorablemente en la cultura ciudadana de mayor integración y tolerancia.
- Concretar el equipamiento y reposición de las plantas físicas y de infraestructura de la comuna.

Para responder a estos objetivos, se definieron las siguientes **líneas de trabajo**:

- Fortalecimiento de organizaciones y promoción de la asociatividad.
- Planificación participativa en todas sus etapas.
- Desarrollo organizacional, incluyendo a los funcionarios, sus procesos y las estructuras.
- Retroalimentación de los planes, proyectos y de la política de salud a partir de la satisfacción usuaria.

- Capacitación de los actores funcionarios, de los actores comunitarios y fortalecimiento de los liderazgos, bajo el concepto de equipos de trabajo.

### 1.3.3 Resultados y logros

- Aumento de las atenciones de morbilidad (a través de la focalización de los recursos) lo que provoca un efecto favorable en la población atendida. Existe una mayor fiscalización de los procesos internos de los centros de salud que repercuten en la gestión y administración de los mismos. Ahora existe un mayor grado de integración entre el nivel primario (ATPS) y el secundario (Hospital San Martín). Desde finales de 2003 se están desarrollando capacitaciones entre los distintos equipos de salud, lo que genera un nuevo frente de trabajo y preocupación por la calidad.
- Para verificar la respuesta del sistema a las necesidades de los (as) ciudadanos (as) se realizan diariamente Encuestas de Satisfacción Usuaría, en cada uno de los centros de salud. El instrumento se aplica a los (as) usuarios (as) sobre el actuar de los (as) profesionales. De la misma forma, las autoridades y técnicos(as) han visualizado que la actual encuesta no refleja el desempeño técnico de los (as) funcionarios (as), por lo que desde el mes de abril se aplicará un nuevo instrumento.
- El sistema de reclamos, sugerencias y felicitaciones funciona desde el año 1998. El mismo permite contar con una estructura, protocolo y el plazo máximo de un mes para responder estos aportes de la comunidad. Cuando ocurre un reclamo, sugerencia y/o felicitación, el (la) reclamante se lleva consigo una colilla foliada. Las respuestas se entregan con carta certificada al demandante, y con copia a: alcalde, director del departamento, y a los directores del centro de salud y Plataforma de Gestión Familia (esta última es la responsable de responder la demanda).
- Creación de Unidad de la Familia en el Centro de Salud Silva Henríquez, que trabaja en la confección de planes de intervención familiar, que posteriormente son negociados con las familias que deciden sobre la serie de actividades que les son propuestas. De esta manera, la familia se compromete con las iniciativas, ya que estas nacen de la interacción entre los sistemas de salud y el grupo familiar.
- Creación de un Contrato de Prestaciones y Deberes Ciudadanos, que al momento de la postulación al Premio a la Innovación en Ciudadanía, se encuentra en etapa de reformulación jurídica, para ser aplicado a mediados de 2004. En este contrato se da cuenta de los servicios que el sistema de salud se compromete a entregar y los deberes a los cuales el (la) ciudadano(a) se debe comprometer. De esta manera, se asegura el reconocimiento y respeto a las dinámicas y estructuras familiares actuales.
- Creación de una cartola de prestaciones que es enviada semestralmente a cada familia, donde se da cuenta de cada servicio asistencial prestado en el

área de salud. Este documento da cuenta de las inasistencias en que los integrantes de las familias han incurrido, con la intención de fomentar la responsabilidad de éstas.

- El proyecto contempló una serie de reestructuraciones internas, las que permitieron crear la Plataforma de Gestión Familiar, cuyo principal objetivo es acompañar a la familia en el proceso de salud-enfermedad más allá de los límites físicos que los centros de salud tienen. Este sistema contempla la asignación de ejecutivas(os) de familia a cada grupo que tenga un plan de intervención familiar. El (la) funcionario(a) recaba información socio-sanitaria en el lugar de residencia de cada familia.
- Se focalizó la atención en el sector urbano. Los dos Centros de Salud: Dr. Miguel Concha y Cardenal Raúl Silva Henríquez, se centraron el primero en el daño, recuperación y tratamiento y el segundo en la promoción y prevención. Esto significó reestructurar todos los informes que se envían en forma continua al Servicio de Salud (Viña del Mar-Quillota), ya que estos son rígidos y no consideran dinámicas internas.
- Se creó el Centro de Promoción de la Salud y de la Cultura, cuyo objetivo central es incidir favorablemente en una cultura de la integración ciudadana y el respeto a la diversidad. En ese centro se congregan niños(as), mujeres y jóvenes que realizan una serie de actividades de acuerdo a sus intereses, así como acciones asociativas de interés común. Existe una sala de exposiciones de arte, donde los(as) ciudadanos(as) pueden admirar y presentar obras de pintura y esculturas. Se realizan obras de teatro, donde la familia se ha constituido en la base de las presentaciones. Treinta y cuatro (34) bandas de música (en su mayoría rock) tienen una sala de ensayos, espacio creado por la necesidad de abordar la problemática de la segregación juvenil.
- En el plano de lo rural, la relación de cercanía entre los equipos de salud y la comunidad se transforma en una fortaleza al momento de diseñar estrategias de micro-intervenciones. Ahí, los equipos debieron construir estrategias denominadas “Comunidades Rurales Saludables”, respondiendo a sus necesidades y a las de la ciudadanía. El Centro de Salud de San Pedro ha desarrollado un trabajo comunitario que incluye el desplazamiento físico en bicicletas, lo que genera mayor cercanía con la población atendida, creando la Unidad del Adulto y Adulto Mayor, atendiendo desde septiembre del año 2003 a 277 familias por esta nueva modalidad. El Centro de Salud Rural de Boco creó la Unidad de la Mujer y Vida en Pareja, como puerta de entrada a las demás atenciones. El Centro de Salud de la Palma creó la Unidad de la Infancia, como puerta de entrada a las demás atenciones.
- En Agosto del 2003 se inauguró el Centro de Salud Dr. Miguel Concha, establecimiento que se preocupa del daño, tratamiento y recuperación. Así también es el Centro de Referencia donde los demás centros de salud (uno

urbano y los tres rurales) derivan a los(as) usuarios(as) para tratamientos específicos, no teniendo que esperar cupo en el nivel secundario.

- Se concretó entre 2003-2004 una fuerte inversión en la reposición del Consultorio General Urbano N°1 de Quillota y la ampliación del Centro de Salud Rural de San Pedro.
- Mejoramiento en la postulación a proyectos y autodeterminación económica de las organizaciones sociales y formación de redes comunitarias: seis organizaciones comunitarias están participando en forma activa en el programa Vida Chile.
- Apropiación, por parte de la comunidad, de herramientas y lenguaje propios de planificación, que dan cuenta de un proceso sistemático de interacción conjunta en procesos de diagnóstico en el modelo de planificación estratégica y el de mejoramiento continuo.
- Baja en las estadísticas de inasistencia, baja en las consultas en períodos de actividades culturales de carácter masivo, lo que se liga a un estado de bienestar social (las personas refieren sentirse bien), incremento del rendimiento en visitas de los equipos.

## 2. Mecanismos de Funcionamiento

### 2.1 Concepto y operación

El modelo de gestión municipal de salud de Quillota tiene su origen en las estadísticas oficiales que evidencian cambios en los patrones de muerte, de enfermedad y de invalidez de la población, proceso denominado transición epidemiológica. Esto lleva al equipo comunal a plantear desafíos en este nivel y a re-conceptualizar la intervención sanitaria, así como nuevas orientaciones en la planificación, organización y gestión del sistema de atención primaria en la comuna.

Para responder a este desafío se han generado y mantenido espacios para la reflexión y la autocritica de los equipos técnicos profesionales, directivos(as) y/o funcionarios(as) en general, para realizar una planificación, ejecución y evaluación participativa con funcionarios(as) y ciudadanos(as) de los distintos programas insertos en el Plan de Salud Comunal.

El diseño de la experiencia se va produciendo progresivamente en la medida que avanzan en el logro de recursos financieros que les permiten mejorar infraestructuras físicas; esta estrategia corresponde a la gestión de recursos.

La capacitación a través de jornadas de trabajo, escuelas de verano y primavera, y reuniones directivas, entre otras, así como el funcionamiento de instancias de debate han permitido fortalecer la creatividad de los equipos de salud, posibilitando su capacidad de propuesta. Los funcionarios fueron capacitados

en computación a nivel usuario y en materias tales como relaciones humanas, trabajo en equipo, liderazgo, relaciones laborales horizontales, lo que se acompañó con la eliminación física de las ventanillas.

A través de la reestructuración de la dotación funcionaria de los consultorios, se puso en marcha la nueva funcionalidad de los establecimientos que abordan dimensiones familiares y de participación e integración ciudadana, lo que ha propiciado un trabajo intersectorial en la generación de planes y programas, ya sean en el ámbito del daño-rehabilitación, como en el área de la promoción y prevención. En este sentido, se han establecido vínculos y alianzas con instituciones públicas, sorteando algunas desaveniencias tanto para lograr el reconocimiento de las experiencias como Plan Piloto en ATPS por parte del Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota, así como durante su implementación autónoma. Entre otras alianzas se destacan las logradas con los establecimientos educacionales.

Se ha desarrollado una estrategia de validación de la propuesta de modelo y sistema local con el concejo municipal, actores políticos y ministeriales y ciudadanía en general, en seminarios, jornadas y cuenta pública anual. Con este énfasis se aplican los distintos programas en los ámbitos de daño, promoción y prevención de salud, estimulando alianzas con los distintos actores organizados de la comunidad, como: unidades vecinales, clubes de lectura, grupos de teatro, grupos de gimnasia, escuelas, concejo municipal, organismos ministeriales, universidades, etc.

Para la gestión del nuevo modelo técnico-programático y del sistema se elaboraron nuevos instrumentos, tales como “Contrato de Prestaciones y Garantías Ciudadanas”; “Plan de Intervención en Salud Familiar”; software para la gestión en red de los establecimientos, manuales de convivencia interna y otros. Con la finalidad de sistematizar parte de la experiencia se han establecido alianzas estratégicas con entidades académicas tales como FLACSO, Universidad del Mar, Universidad de Valparaíso y el Instituto Nacional de Asuntos Públicos (INAP) de la Universidad de Chile.

La evolución del proceso, incluida la reorientación laboral con redefinición de roles, ha estado acompañada por la comunidad en las tareas de diagnóstico, planificación, evaluación y control de la gestión y presentación de proyectos a fondos concursables que permitieran acceder a los recursos que facilitaron las transformaciones deseadas.

Entre los principales desafíos de esta experiencia figuraba a comienzos de 2004 la implementación del sistema informático que permita la integración en red de todos los establecimientos y la ficha familiar digital –entre otros instrumentos. Se ha actuado con instrumentos gráficos ante la ausencia del sistema informático, lo que en todo caso no ha solucionado el problema y ha dilatado el proceso de desarrollo

La falta de un incremento presupuestario ha implicado focalizar su ejecución dándole prioridad a las dimensiones propias del modelo. Otro desafío lo constituye la ausencia de experiencias similares, lo que dificulta extraer aportes para facilitar caminos.

A nivel de estrategias de corrección, tuvo lugar un acuerdo escrito entre el Director del Servicio de Salud y el Alcalde, lo que permitió la implementación del modelo y superó el clima inicial de desavenencias y disputas de poder.

### Recursos Financieros

Año	Monto	Origen
2003	1.097.783.130	Ingresos per cápita. Aporte Municipalidad de Quillota. Transferencia otras instituciones.
2004	1.063.142.663	Ingresos per cápita. Aporte Municipalidad de Quillota. Transferencia otras instituciones.

### 2.2 Espacios y mecanismos de participación:

Entre los espacios de participación y sus mecanismos, es posible dar cuenta de la realización de diálogos comunales, mesas comunales, eventos culturales, rescate de las tradiciones, foros, debates, talleres literarios, de teatro, clases de aeróbica, conmemoraciones relevantes para la salud y cultura de la comuna, recuperación de espacios públicos para huertos orgánicos y áreas verdes, organización de grupos prioritarios como mujeres, jóvenes y monitores del adulto mayor.

Participación y contribución de los diferentes actores durante el proceso de desarrollo de esta experiencia:

Etapas de trabajo	Actores que han participado o participan	Cómo y en qué han participado
Motivación inicial	1.- Municipio 2.- Unión comunal de Juntas de Vecinos 3.- Juntas de Vecinos 4.- Organizaciones funcionales 5.- Grupos informales 6.- Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota 7.- Ministerio de Salud 8.- Universidad de Valparaíso	1.- Proactividad, recursos financieros, humanos, materiales, de infraestructura, difusión. 2.- Difusión, recursos materiales, apoyo a la motivación 3.- Infraestructura, movilización, recursos humanos, materiales, difusión, apoyo a la motivación 4.- Recursos humanos, materiales, difusión, apoyo a la motivación 5.- Recursos humanos, materiales, difusión, apoyo a la motivación. 6.- Instancias de retroalimentación y supervisión. 7.- Instancias de retroalimentación y supervisión 8.- Aportes sistematización concepto de promoción, recursos humanos, materiales y difusión

Diseño - instalación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Municipio</li> <li>2.- Unión Comunal de Juntas de Vecinos</li> <li>3.- Juntas de Vecinos</li> <li>4.- Organizaciones funcionales</li> <li>5.- Grupos informales</li> <li>6.- Servicio de Salud Viña del Mar Quillota</li> <li>7.- Ministerio de Salud</li> <li>8.- Universidad de Valparaíso</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Proactividad, recursos financieros, humanos, materiales, de infraestructura, difusión.</li> <li>2.- Difusión, recursos materiales, apoyo al diseño e instalación</li> <li>3.- Infraestructura, movilización, recursos humanos, materiales, difusión, apoyo al diseño e instalación</li> <li>4.- Recursos humanos, materiales, difusión, apoyo al diseño e instalación</li> <li>5.- Recursos humanos, materiales, difusión apoyo al diseño e instalación</li> <li>6.- Instancias de retroalimentación y supervisión.</li> <li>7.- Instancias de retroalimentación y supervisión</li> <li>8.- Aportes sistematización concepto de promoción, recursos humanos, materiales y difusión</li> </ol>
Ejecución -gestión	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Municipio</li> <li>2.- Unión comunal de Juntas de Vecinos</li> <li>3.- Juntas de Vecinos</li> <li>4.- Organizaciones funcionales</li> <li>5.- Grupos informales</li> <li>6.- Servicio de Salud Viña del Mar Quillota</li> <li>7.- Ministerio de Salud</li> <li>8.- Universidad de Valparaíso</li> <li>9.- Seremi Salud</li> <li>10.- Balmaceda 1215</li> <li>11.- Junaeb</li> <li>12.- Chile Deportes</li> <li>13.- Previene</li> <li>14.- Junji</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Proactividad, recursos financieros, humanos, materiales, de infraestructura, difusión.</li> <li>2.- Difusión, recursos materiales, apoyo a la ejecución y gestión</li> <li>3.- Infraestructura, movilización, recursos humanos, materiales, difusión, apoyo a la ejecución y gestión</li> <li>4.- Recursos humanos, materiales, difusión, apoyo a la ejecución y gestión</li> <li>5.- Recursos humanos, materiales, difusión, apoyo a la ejecución y gestión</li> <li>6.- Instancias de retroalimentación y supervisión.</li> <li>7.- Instancias de retroalimentación y supervisión</li> <li>8.- Aportes sistematización concepto de promoción, recursos humanos, materiales y difusión</li> <li>9.- Apoyo a la gestión en términos políticos y difusión</li> <li>10.- Recursos humanos, materiales, financieros y difusión.</li> <li>11.- Recursos humanos, materiales, financieros y difusión</li> <li>12.- Recursos humanos, materiales, y difusión.</li> <li>13.- Recursos financieros, materiales, humanos y difusión.</li> <li>14.- Recursos humanos, materiales y difusión.</li> </ol>
Evaluación - readecuación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Municipio</li> <li>2.- Unión Comunal de Juntas de Vecinos</li> <li>3.- Juntas de Vecinos</li> <li>4.- Organizaciones funcionales</li> <li>5.- Grupos informales</li> <li>6.- Servicio de Salud Viña del Mar-Quillota</li> <li>7.- Ministerio de Salud</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Proactividad, recursos financieros, humanos, materiales, de infraestructura, difusión.</li> <li>2.- Difusión, recursos materiales, apoyo a la evaluación y readecuación</li> <li>3.- Infraestructura, movilización, recursos humanos, materiales, difusión, apoyo a la evaluación y readecuación</li> <li>4.- Recursos humanos, materiales, difusión, apoyo a la evaluación y readecuación</li> </ol>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>8.- Universidad de Valparaíso</li> <li>9.- Seremi Salud</li> <li>10.- Junaeb</li> <li>11.- Previene</li> <li>12.- Junji</li> <li>13.- Instituto Nacional de Asuntos Públicos, Universidad de Chile</li> <li>14.- FLACSO (Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5.- Recursos humanos, materiales, difusión apoyo a la evaluación y readecuación</li> <li>6.- Instancias de retroalimentación y supervisión.</li> <li>7.- Instancias de retroalimentación y supervisión</li> <li>8.- Instancias de retroalimentación y supervisión</li> <li>9.- Instancias de retroalimentación y supervisión</li> <li>10.- Recursos humanos, materiales, financieros y difusión.</li> <li>11.- Recursos humanos, materiales, financieros y difusión</li> <li>12.- Recursos humanos, materiales, y difusión.</li> <li>13.- Instancia de retroalimentación, sistematización y difusión a nivel nacional</li> <li>14.- Instancia de retroalimentación, sistematización y difusión a nivel nacional e internacional</li> </ul>
<p>Toma de decisiones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.- Municipio</li> <li>2.- Unión Comunal de Juntas de Vecinos</li> <li>3.- Juntas de Vecinos</li> <li>4.- Organizaciones funcionales</li> <li>5.- Grupos informales</li> <li>6.- Servicio de Salud Viña del Mar Quillota</li> <li>7.- Ministerio de Salud</li> <li>8.- Seremi Salud</li> <li>9.- Junaeb</li> <li>10.- Junji</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>1.- Proactividad, recursos financieros, humanos, materiales, de infraestructura, difusión.</li> <li>2.- Difusión, recursos materiales, apoyo a la toma de decisiones</li> <li>3.- Infraestructura, movilización, recursos humanos, materiales, difusión, apoyo a la toma de decisiones</li> <li>4.- Recursos humanos, materiales, difusión, apoyo a la toma de decisiones</li> <li>5.- Recursos humanos, materiales, difusión apoyo a la toma de decisiones</li> <li>6.- Apoyo a la gestión</li> <li>7.- Declaración de iniciativa como proyecto piloto a nivel nacional.</li> <li>8.- Instancias de retroalimentación y supervisión</li> <li>9.- Recursos humanos, materiales y continuidad de programas conjuntos</li> <li>10.- Recursos humanos, materiales y continuidad de programas conjuntos</li> </ul>

### 2.3 Incidencia de la participación en las políticas públicas

La incidencia de la experiencia está dada por la creación de espacios de intercambio de experiencias de carácter democratizador en los cuales los ciudadanos se hacen presentes y son conscientes de su rol activo y participativo, en relación con la construcción de una comunidad saludable y de los aspectos más relevantes que influyen en ese logro.

La práctica común de una evaluación a nivel de usuario, está determinando que la implementación de la política pública ya no se de en forma unilateral, sino adecuándose permanentemente a las necesidades y demandas usuarias, dando la oportunidad al actor comunitario de ver expresadas sus expectativas en las acciones que ellos realizan y actuar en el diseño de su plan familiar, lo

que les impone un grado de responsabilidad con su salud; responsabilidad que es comprendida por ellos como el responder con habilidad, más que obedecer o cumplir con una obligación.

Por otra parte, su proactividad produce tensiones institucionales que demoran en ser comprendidas en otros organismos públicos acostumbrados a un modo tradicional de gestión interinstitucional.

En este ámbito, es posible documentar: *“el enfoque de la salud que tienen ellos nos generó más de un problema; luego, muchas comunas, incluso la gente del Ministerio, han venido a ver este modelo”*. (Manuel Espinal, SERPLAC V Región)

La experiencia posee un alto nivel de consolidación en sus ejes estructurales, ya se puede hablar de antes y después, con la certeza de que el antes no se repetirá, porque no existe ninguna intención de revertir el actual estado considerado satisfactorio por la gran mayoría de los ciudadanos.

En los reclamos, es posible advertir un escaso número de ellos (2) asociados a la implementación del nuevo modelo, evidenciándose mayoritariamente una aceptación y apoyo al nuevo estilo de gestión.

El modelo de atención familiar tanto a nivel de la Plataforma de Gestión, como en el Centro de Salud Familiar y el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura, utiliza enfoques sistémicos suficientemente respaldados y validados por la experiencia tanto en el diagnóstico, como en la aproximación tecnológica de su tratamiento (fichas técnicas de identificación familiar con enfoque sistémico).

La constancia de la intervención sostenida de parte de los equipos combinados salud-comunidad, desarrolla prácticas regulares a las que se han ido acostumbrando tanto los actores funcionarios como la comunidad, dándole identidad y cohesión a quienes mantienen estas iniciativas.

## 2.4 Sostenibilidad

La antigüedad de la experiencia y sus avances progresivos, dan cuenta de un proceso que no se sostiene por la mera voluntad política, sino por dinámicas de cambios más profundos, enraizados en la cultura organizacional, que toman como base el contexto sociocultural y perfil psicosocial de los actores comunitarios, una puesta en común con los actores funcionarios. Esto, garantiza la sostenibilidad de la experiencia por encima de consideraciones más inmediatistas.

Los actores comunitarios además de compartir valores comparten prácticas. La frecuencia y calidad de los vínculos no se visualiza como hitos aislados, sino como etapas progresivas en el proceso de acompañamiento mutuo entre los actores comunidad y actores funcionarios, experiencias que permiten el desarrollo de habilidades sociales, de la afectividad en forma sistemática, que es a la vez retroalimentada por el reconocimiento mutuo por parte de los ciudadanos participantes en un continuo de salud.

Es posible dar cuenta de resistencias institucionales al interior del servicio de salud en cuanto a la necesaria flexibilización impuesta por el sistema comunal implementado, resistencias que fueron superados, en parte, por la constancia, perseverancia y cohesión del equipo, generando una presencia y reconocimiento importante a nivel de gestores de salud.

El equipo visualiza el apoyo tecnológico como un factor clave que les permitirá agilizar las innovaciones y pasar a una etapa de franca consolidación de las instalaciones e incrementar su capacidad de retroalimentarse.

La experiencia posee relevancia metodológica y práctica, a las cuales es necesario imprimir relevancia teórica, posee un enfoque sistémico en el abordaje familiar que permitirá la ampliación de redes saludables que puede compartir con otros territorios del país.

Es necesario profundizar en los vínculos con la comunidad, potenciando la apropiación de parte de estos, de herramientas de autoevaluación para la instalación de procesos de evaluación que aporten con retroalimentación precisa y de calidad. Esto dará mayor precisión a los resultados globales de los procesos desplegados y facilitará el crecimiento de la ciudadanía en participación a niveles óptimos.

La principal proyección visualizada en esta experiencia dice relación con la actual operatividad en el funcionamiento de un sistema eficiente y efectivo, que tiene impacto demostrado en los niveles de morbi-mortalidad de la comuna, lo que de ser suficientemente apoyado, computacionalmente, podrá constituirse en un referente técnico para su implementación y replicabilidad en otras comunas del país.

### 3. Aprendizajes

#### 3.1 Ciudadanía y Vínculos Estado–Sociedad Civil

En términos de planificación, la comunidad logró apropiarse de estos conceptos y aplicarlos natural y simplemente a la interacción cotidiana con sus organizaciones y grupos de trabajo, tanto en el modelo de planificación estratégica, como en el de mejoramiento continuo, desarrollando diagnósticos y retroalimentación.

Por su parte, los actores del sistema de salud llevan a cabo un modelo de planificación basada en el mejoramiento continuo, cuyo principal insumo es la satisfacción del usuario, lo que les permite una toma de decisiones oportuna y pertinente con las demandas de la comunidad.

Los actores funcionarios y comunitarios, han desarrollado procesos autónomos de transferencias de costumbres, tradiciones y cosmovisiones, desde y hacia la comunidad, logrando avanzar en el logro de una comuna saludable y sobre este proceso van definiendo nuevos desafíos.

La experiencia ha implicado una sensibilización las personas y su particular modo de entender la vida, la salud, la cultura y la educación, encontrándose en la actualidad especialmente dispuestos a comprometer su trabajo, su motivación y su compromiso hacia el mejoramiento de servicios y resultados.

La difusión de la iniciativa no es eventual, sino por el contrario se plantea como una instalación que a su vez conlleva aprendizajes a partir del ejercicio de la medicina basada en la evidencia, ejemplo de esto son: la radio comunitaria, trípticos, afiches, pendones, volantes, comunicados de prensa, eventos y seminarios, en los cuales se proyectó la imagen pública de la experiencia, elemento vital de una estrategia motivacional. Conlleva a la vez, la apropiación cada vez mayor y más responsable de espacios comunitarios que antes no eran utilizados, recuperándolos para organizaciones de la comunidad. Por ejemplo, la estación del tren abandonada, fue recuperada por todos para PRO-DEMU.

En cuanto a control social, la comunidad ha desarrollado una capacidad dialogante que les permite privilegiar las redes de conversaciones informales (café de las 11.00 AM. en los centros de salud, tertulias culturales) y formales (mesas comunales). En las actas de las reuniones, es posible evidenciar algunas normas de control social dadas por las comisiones de trabajo y por las rendiciones de cuentas de las tareas que ellos mismos se dan en cuanto a responsables de las actividades.

Los integrantes de la comunidad son capacitados para difundir las informaciones relevantes de cada programa, acerca de las formas de acceder a los servicios, de sus derechos explicitados en el contrato de prestaciones, de su rol en el diagnóstico de los problemas, acogiendo sus inquietudes y sus particulares formas de concebir las acciones a desarrollar en la comunidad, así como el rol que les cabe en el desarrollo de las iniciativas planificadas en conjunto.

Entre los aportes más relevantes a la democracia y gobernabilidad local, es posible dar cuenta de organizaciones sólidas y con una representatividad y legitimación de sus bases, pues en las reuniones es posible encontrar equipos de personas, tanto dirigentes como integrantes de dichas organizaciones trabajando, lo que también se da en los actores de la salud donde se entremezclan directivos con funcionarios en dichas reuniones.

### 3.2 Innovación

Puede destacarse como innovador el cambio que se ha producido desde una dimensión asistencial a una participativa. Luego de la reestructuración de los tipos de servicio que otorgaría cada consultorio, se modificó la mirada de los funcionarios sobre su rol y de las expectativas que los actores comunitarios tienen de su actuar.

Los factores claves que han permitido el desarrollo de prácticas proactivas en la comunidad, dicen relación con la capacitación y el apoyo motivacional per-

manente de los impulsores de las diferentes iniciativas, tanto de los consultorios, como desde la comunidad y en conjunto.

La experiencia ha demostrado que desde la interacción diaria entre el sistema y los(as) ciudadanos(as) se pueden generar estrategias de intervención y desarrollo social en conjunto.

### 3.3 Sostenibilidad y Replicabilidad

En cuanto a la **sostenibilidad**, esta experiencia ha exigido cambios profundos, en especial a los actores funcionarios y dado que se han generado procesos de flexibilidad en la relación del equipo de salud con la comunidad, los patrones relacionales que se evidencian no son susceptibles de modificar por la vía de decisiones político-administrativas, tanto al interior del sistema municipal, como en la comunidad. Se trata no sólo de motivaciones momentáneas, sino de procesos de aprendizaje que han sido valorados, compartidos y que la comunidad resguarda.

Los procesos de participación impulsados, son motivados por el rescate de algunas tradiciones de la comuna, por ejemplo las tertulias, prácticas antiguas, con el desarrollo de la última mesa en la cual conmemoran la declaración de Alma Ata; esto combina lo tradicional con la modernidad y se amalgaman las costumbres en el seno de la comunidad.

La iniciativa posee un alto potencial de **replicabilidad**, por cuanto anticipa el quehacer de un sistema comunal para la consecución de los logros sanitarios y genera el comportamiento organizacional necesario para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de salud. Al incorporar sistematización de procesos se hace posible, por ejemplo, pensar en expandir el uso de un software que considere la agenda electrónica, plataforma de clientes, retroalimentación de la calidad de la atención y otros procesos del ciclo del servicio, como la ficha familiar, en forma general, como un apoyo tecnológico de la gestión.

Por su parte, la experiencia contiene un aporte de especial interés, que tiene relación con la satisfacción del usuario. De ser validada, adecuadamente, esta experiencia –a través de su construcción teórica y metodológica sobre los ejes de la calidad y de la atención y, la construcción de instrumentos– puede entregar un modelo de apoyo a la gestión local en el nivel nacional.

## 4. Conclusiones

La innovación más relevante es la del paradigma de gestión que se difunde por todas las áreas y niveles de la experiencia, tanto en el ámbito organizacional como comunitario, catalizando procesos internos en forma constante, generando cambios culturales de orden organizacional y en beneficio de la generación de un tejido social sano.

Ellos innovan en todos y cada uno de los procesos de gestión:

- En las comunicaciones, interpersonales, organizacionales y comunitarias, con sus medios de difusión.
- En la motivación, personal y laboral, ganando el compromiso de cada uno de los trabajadores de la experiencia, hasta los más antiguos y resistentes al cambio.
- En el liderazgo, logrando un liderazgo compartido entre los actores funcionarios y entre ellos y la comunidad, cohesionándose fuertemente frente a temas que les afectan y podrían constituir una amenaza, como el tema medioambiental.
- En la cobertura, calidad y tipo de participación que generan.
- En materia de gestión, innovan estructuralmente, en un trabajo sostenido de casi diez años, superando cada vez la etapa anterior.

Para finalizar, se sintetiza la experiencia a través de un análisis de sus Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas:

---

#### **Fortalezas**

---

- Existe un genuino proceso de empoderamiento, a partir del respeto mutuo, de la escucha desde y hacia la comunidad.
- Persiguen descubrir cuáles son los modos de entender y resolver los problemas de salud de parte de la comunidad para complementar las estrategias con las prácticas de salud.
- El modelo de salud es bienvenido por los distintos actores de la comunidad organizada, quienes no ofrecen resistencias y aceptan las nuevas modalidades de trabajo ofrecidas incorporándose a trabajos, desafíos, mesas de discusión, etc., con aportes importantes y creativos, como por ejemplo el poner nombre al nuevo consultorio, el sugerir las características arquitectónicas de las nuevas dependencias, en conjunto con las autoridades del consultorio, el establecer sus propias necesidades para adecuar de esa forma los servicios, entre otras acciones.

---

#### **Debilidades**

---

- Procesos de registro (sistematización), evaluación y autoevaluación frágiles, los que dependiendo de su calidad podrían ser oportunidades para el enriquecimiento de la experiencia y para la producción de conocimiento a partir de ella, su trayectoria y variables involucradas.
- Los actores funcionarios han incorporado la participación de la comunidad como un valor, es necesario que ellos destinen tiempo a una reflexión respecto al tema de la participación y a qué intencionalidad darle a esta apertura. Haría que trabajar este diálogo con la comunidad.
- Otro aspecto a profundizar se relaciona con la reforma y sus alcances y de cómo se produce el diálogo profundo que permita dar mayor intencionalidad a la participación y a los procesos sanitarios sobre los cuales se interviene, con la socialización y el análisis de los objetivos y estrategias de la meta sanitaria.

- Es necesario, en la óptica de la integración social, considerar una visión antropológica que incorpore el concepto étnico, que no se ha visibilizado como una discriminación positiva.
- Es necesario focalizar más profundamente las iniciativas futuras relacionadas con la inclusión de grupos como, por ejemplo, los discapacitados, o mantener un rol más activo frente a la política de integración y estimular su incorporación a las prioridades sanitarias.
- Falta mayor conciencia al interior del equipo sobre el alcance de los logros obtenidos con el trabajo realizado, en beneficio de la relevancia cultural, asociándola al diseño de políticas de salud, educativas y culturales, entre otras, que se transversalizan al interior de la comunidad, con ocasión del ejercicio pleno de ciudadanía.
- La experiencia debería permitir la realización de investigaciones en diferentes ámbitos, lo que posibilitaría encontrar las claves de éxito de un proceso de instalación de este dispositivo comunitario, por ejemplo: ¿la experiencia de sus gestores es relevante a la hora de explicar sus resultados? o ¿cuál es el perfil de funcionarios más proclive al cambio organizacional? Existen varias temáticas susceptibles de convertirse en investigaciones del modelo de desarrollo emergente y sus rasgos o características importantes, para lo cual es necesario incrementar las alianzas estratégicas con centros académicos.

---

#### **Oportunidades**

- Próxima adquisición, vía fondo concursable, del soporte tecnológico para la ejecución de un software informático, que les permitirá sistematizar y coordinar procesos, para entrar a una franca etapa de consolidación.
- La presente experiencia de un sistema de salud que incrementa su flexibilidad es coincidente con la tendencia y el contexto de la actual política de salud, al modernizar estructuralmente. Esto proporciona un marco institucional de país favorable y en el cual esta experiencia puede ser modelo a replicar en el nivel local, regional o nacional.
- La tendencia de las políticas organizacionales de los servicios de salud coincide con las anticipaciones experimentadas en este modelo, lo que implicará a futuro menor desgaste de la voluntad y compromiso de los impulsores.

---

#### **Amenazas**

- Las amenazas están dadas por las condiciones de los organismos públicos implementadores de las políticas que se relacionan e inciden en el éxito. Es una amenaza, en tanto se mantienen diferentes ritmos de modernización de la gestión pública y en algunos casos existen prácticas rígidas de su actuar. Ej. sistema de educación, servicios públicos, organismos de planificación.