



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

DIVISION GESTION DE RED ASISTENCIAL

JORNADA NACIONAL: REDES DE SALUD PARA CHILE

9, 10 Y 11 DE DICIEMBRE 2004

PRESENTACIONES

INTRODUCCIÓN

El 9, 10 y 11 de diciembre del 2004 se reunieron en Santiago, en el Edificio Diego Portales, más de 600 funcionarios de los establecimientos del sector público de salud provenientes de todas las regiones del país. Se los convocó a compartir experiencias, a reflexionar sobre el camino iniciado en la construcción de las redes asistenciales que requiere la Reforma para hacer realidad un “Sistema de Salud que garantice a las personas el acceso a una atención integral, oportuna y acogedora”¹.

En el transcurso de esta Jornada Nacional de **REDES DE SALUD PARA CHILE**, se tuvo la oportunidad de compartir distintas miradas, desde una visión crítica a lo que son las políticas sociales en las palabras del director social del Hogar de Cristo, pasando por numerosas presentaciones esclarecedoras de la teoría y de la práctica de temas tan relevantes como que hacer y que estamos haciendo para construir el Sistema Público de Salud que hoy se necesita, cual es el modelo de atención y de gestión que se requiere, que desafío representa para la gestión de los Servicios de Salud y sus instituciones tener que operar como redes asistenciales, como se trabaja en red con la comunidad, los recursos humanos y el nuevo modelo, entre otras materias relevantes.

Como Ministerio estamos muy contentos de haber tenido la oportunidad de reunir tanta gente de la Atención Primaria, de los Centros de Especialidades, de los Servicios de Salud y de los Hospitales, Universidades y responsables del área financiera. Directivos y profesionales, que día a día toman decisiones grandes y pequeñas, que hacen la diferencia entre un buen funcionamiento del sistema o que este simplemente funcione.

Son muchas las cosas que están en marcha y la cantidad de tareas simultáneas que se espera que cada uno cumpla en los próximos meses. Esta situación se prolongará probablemente durante algunos años. Estos procesos de profundas transformaciones pueden producir confusión y por lo mismo, será necesario seguir reflexionando y compartiendo experiencias hasta alinear a todos tras el objetivo de constituir una gran red pública de salud, la mejor red pública de Salud, de la cual nos sentimos aun más orgullosos.

Esa es nuestra labor.

DR. RICARDO FABREGA LACOA
JEFE DIVISIÓN GESTIÓN DE RED ASISTENCIAL
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

SANTIAGO, octubre 2005

¹ Visión Ministerio de Salud

INDICE DE CONTENIDOS

Presentaciones transcritas.

TEMA 1: AVANZANDO HACIA UN TRABAJO EN RED	5
"Desde la perspectiva de los más desamparados".	5
"Mapa Estratégico del Sector Público de Salud".	14
"Desafíos que implica trabajar en redes"	22
TEMA 2: GESTION DE ESTABLECIMIENTOS EN RED	27
"Avances en la gestión en red"	27
Experiencias de Trabajo en Red con la comunidad	38
"Consejo de Participación Social en el Servicio de Salud Talcahuano"	38
"Ciudadanía Rural en el Consejo de Salud de la Comuna de Cañete."	42
"Red de Centros Comunitarios de Desarrollo Integral Comuna de Los Lagos"	46
Comentario sobre las distintas experiencias de participación presentadas	48
TEMA 3: MODELO DE ATENCION DE SALUD PARA CHILE	51
"Modelo de Atención de Salud para Chile"	51
Experiencias en la construcción del Modelo	58
" Centro de Salud Familiar en Osorno"	58
"Complejo Asistencial Barros Luco "	62
"Consejo Integrador de la Red Asistencial de Talcahuano"	67
PRESENTACIÓN DE INVITADA EXTRANJERA	70
" Gestión de Instituciones de Salud y estrategias para el cambio"	70

TEMA 1: AVANZANDO HACIA UN TRABAJO EN RED

“Desde la perspectiva de los más desamparados”.

Sr. Benito Baranda, Director Social Hogar de Cristo

Agradezco la oportunidad de estar con ustedes, las personas del Ministerio, y me siento muy cercano a lo que están realizando. De hecho, el Hogar de Cristo trabaja de la mano, principalmente, de los Consultorios de salud primaria y cuando nos tenemos que instalar en algunos lugares, como nos está ocurriendo en varios campamentos o poblaciones donde nos toca instalar hoy día programas de pre-escolares, la mejor información la tienen los Consultorios, y no la Municipalidad. Con la ayuda de quienes trabajan en los Consultorios, podemos identificar cuáles son los niños más vulnerables, a los cuales se les vulneran sus derechos también y presentan dificultades dentro de su familia. Así que les agradecemos sinceramente el trabajo en conjunto en esta misión que nos corresponde a todos. Además, con muchos de ustedes nos une también grandes ideales de poder tener un país más justo y más solidario, donde nos tratemos definitivamente con dignidad. Eso nos ha constado en el último tiempo, por lo que después daremos las razones.

Nosotros hemos colaborado fuertemente en Salud Primaria, desde el Hogar de Cristo, pero gracias a Dios en el último tiempo, y gracias al trabajo de todos Ustedes, hemos ido reduciendo la atención de Salud Primaria, y nuestro consultar, dado la eficiencia y eficacia de los consultorios cercanos a las obras de Hogar. También detectamos en las poblaciones donde trabajamos, el cambio del estado anímico de la población en relación a la Atención Primaria. Como les tocará a muchos de ustedes detectarlo, pero a nosotros que estamos afuera del sistema de Salud Municipal, nos damos cuenta que la inauguración de un nuevo Consultorio, como ocurrió hace poco en La Granja o la construcción del SAPU, en La Pintana en el Castillo, cómo genera tanta felicidad y esperanza entre la gente que es atendida allí.

Recordamos los tiempos de las décadas de fines de los años '80, cuando el Hogar de Cristo en muchos de los lugares donde trabajaba tenía que contribuir

con yodo, con gasa, con aspirina a los propios Consultorios Municipales, porque ellos el día 20 del mes ya quedaban sin insumos. Eso ya no sucede hoy en día. Recordamos también cuando los médicos iban a trabajar al Hogar de Cristo, pero no iban a trabajar a los Consultorios Municipales.

Por supuesto se ha avanzado y creo que mucho. Quedan tareas por avanzar, una de ellas quizás la más dolorosa no se refiere tanto a las salud primaria, sino al monopolio de las especialidades. Todavía en Chile vivimos algo absurdo, casi arcaico o prehistórico, de que grupos de especialistas toman el control de sus propias especialidades y manejan ellos las becas, manejan ellos quienes deben formarse, en beneficio de ellos mismos y no de los más pobres. De hecho, el Ministerio ha tenido que invertir recursos últimamente, por lo que me han contado, en especializar a algunas personas en el extranjero y eso resulta absurdo, sobre todo cuando uno ve que esas especialidades son las que le permiten a las personas poder vincularse y revincularse a la realidad, salir de su condición de indigencia, marginalidad o exclusión.

Hagamos un poquito de Historia respecto a lo que esta ocurriendo hoy día con la pobreza y después nos meteremos en la visión y en la forma de modificar esa visión desde la pobreza.

Quiero recordar un texto de Padre Hurtado escrito en la década de los '40. Dice él: “ La falta de educación de nuestro pueblo trasciende muy pronto en la gran mortalidad infantil. En 1939 murieron en Chile 36.736 niños menores de un año, o sea 225 por 1000 nacidos.” Esta cita del Padre Hurtado, que se basa en los textos del Doctor Salvador Allende, nos remonta a inicios de los años '40 y nos ubica en un contexto muy diferente al de hoy.

Hemos tenido la oportunidad de estar en otros países, con algunos colegas de ustedes. A mí me ha tocado recientemente participar en los últimos 3 años en programas en Haití con algunos médicos

voluntarios; uno ve la realidad que existe allá. A mí no me tocó vivir en la década de los años '40, o antes de esta época, pero hemos avanzado. Uno lee los textos y los escritos del doctor Monckeberg, de los años '50 o '60, y los compara hoy en día y por supuesto que hemos avanzado. Pero todavía quedan tareas pendientes, y me voy a referir a algunas de ellas.

Sin lugar a duda hemos logrado reducir la pobreza. Ustedes saben que la pobreza medida por la encuesta CASEN separa a los hogares por los ingresos económicos de estos hogares. Una familia o una persona es pobre cuando tiene un ingreso inferior a \$1.200 pesos diarios, o sea, como decía el Ministro, si toma una o dos micros ya una parte de sus ingresos se van ese día en la movilización. Una persona es indigente cuando gana menos de \$600 pesos diarios.

Las personas pobres en Chile suman 2.900.000 y quienes quedan todavía en la indigencia son 728.000 personas, las extremadamente pobres. Pero ampliando el concepto y la definición de pobreza, como algunos de ustedes me han escuchado, yo creo que la mejor definición que he encontrado hasta ahora, y muy similar a las que daba el Padre Hurtado, es aquella de una economista que dice que: " las personas pobres, son pobres porque no han tenido la oportunidad de desarrollar sus capacidades naturales, o sea se han visto privados de libertad".

La gran movilidad que presenta Chile en relación a la pobreza y a la extrema pobreza, que se ha demostrado en la encuesta CASEN que se hizo entre el 1996 y el año 2000, que dice que del 100% de las familias indigentes en 1996 sólo el 25% seguía siéndolo el año 2000. Pero el año 2000 había la misma cantidad de familias indigentes que el año '96, o sea habían salido una gran cantidad de familias de la extrema pobreza, pero habían vuelto a entrar una cantidad similar de familias a la extrema pobreza. Extrema pobreza significa menos de 1 dólar diario por persona.

En esta dinámica y en esta movilidad, que vulnera por supuesto los derechos de las personas, ¿qué es lo que más afecta?. Sin lugar a dudas, los ingresos vinculados al empleo, pero también las enfermedades, y por último, las dinámicas familiares, como

cuando se rompen algunas dinámicas familiares, como por ejemplo la ausencia del padre. En ésas, por supuesto podemos trabajar en relación a ellas.

La indigencia disminuyó, claro que sí, y el Estado lo señala siempre cuando ustedes ven los cuadros comparativos. Hablo del año '90 del '87, cuando fue la primera encuesta CASEN, y teníamos un 45% de personas viviendo en pobreza. Hoy día tenemos un 18.8%, y deberíamos estar contentos por eso. Pero recordemos que la canasta que usa Chile es una de las canastas más antiguas de Latinoamérica, similar a la de Uruguay y a la de Argentina. Es inferior en su valor a la canasta básica de alimentos de Honduras, que es una canasta más nueva. Por lo tanto, debemos estar contentos, pero también debemos preguntarnos hoy día si las cifras efectivamente reflejan lo que muchos de nosotros vemos en el terreno.

Debemos estar contentos también, por los programas que se han ido generando. Uno de ellos, sin lugar a dudas, que fue la articulación de políticas sociales para la indigencia bajo el sistema Chile Solidario y especialmente el vínculo que se está estableciendo con aquellas familias indigentes a través del Programa Puente. Por supuesto que es importante, pero debemos estar preocupados porque de los ingresos autónomos de las familias del año 1990, de las familias indigentes, esas familias del 5% más pobre, no aumentaron en promedio ni un peso en sus ingresos autónomos entre el año '90 y el año 2003, y todo el resto de los aumentos fue transferencia monetaria del Estado. Es una preocupación, es muy importante la transferencia monetaria del Estado para mejorar los ingresos de los más pobres, pero puede ser pan para hoy día y hambre para mañana. Esta es una preocupación que debiera estar presente en las políticas sociales.

Hay regiones que están más afectadas, como algunas de las que provienen algunos de ustedes. Sin lugar a duda, sigue ese paquete de regiones entre la Séptima y la Décima regiones norte, donde todavía entre estas regiones seguimos con grandes dificultades, con una gran cantidad de familias viviendo en condiciones de pobreza sobre la media, y también con un grupo importante de familias viviendo, especialmente en la Octava y en la Novena región, con problemas de indigencia. En el norte, una región que ha tenido grandes dificultades

ha sido la Tercera región. Las personas de esta región lo saben, la región de Atacama ha sido la región que ha aumentado la indigencia en la última encuesta CASEN: hoy día está en 7.7% , siendo que el promedio nacional es de 4.7%.

Cuando uno habla de indigencia y pobreza, normalmente los que estamos acá nos referimos inmediatamente a los ingresos, y ustedes lo habrán escuchado cientos de veces. Muchos de los que estamos acá somos parte de esa mala distribución de los ingresos, somos causantes y además parte de la concentración de los ingresos en los estratos donde vivimos. Les quiero recordar solamente que en Chile el 41% de los ingresos autónomos, no de los ingresos después de las transferencias monetarias del Estado, queda en el 10% más rico, y solo el 1% queda en el 10% más pobre.

En una economía como la que tenemos hoy día, los ingresos determinan el acceso a las oportunidades. Con el plan AUGE, lo más probable es que no va a ser así, con las enfermedades que están allí. Pero los ingresos sí determinan el acceso a oportunidades de calidad, por lo tanto para salir de la pobreza hay una vinculación estrecha con los ingresos. Ese es uno de los talones de Aquiles que tenemos todavía.

El segundo talón de Aquiles es la cobertura educacional, no la básica, inclusive se podría decir no la media, y ni siquiera ahora uno podría señalar tanto la superior. La peor cobertura que tiene Chile en comparación con países similares, e inclusive con países inferiores en su ingreso a nivel latinoamericano, es la cobertura pre-escolar, donde tenemos la mayor cantidad de dificultades en la atención de los pre-escolares. Hemos ido aumentando, por supuesto que sí, estábamos por debajo del 20% en el año 1990 y hoy día estamos por sobre el 30% en el primer quintil. Una mala educación pre-escolar, poca cobertura de educación pre-escolar, en el 10% o 20% más pobre, como lo han demostrado algunos de ustedes a través de las investigaciones que han realizado. Hace poco un connotado doctor en Temuco me entregaba un cúmulo de investigaciones y artículos que él había escrito al respecto. Los que estamos acá sabemos que si no hay estimulación cognitiva adecuada en los primeros años de vida, esa persona ve hipotecado su futuro. Más aún, los que se han metido en las Neurociencias saben que

los primeros 36 meses de vida, inclusive en la vida intrauterina, se juega parte importante del futuro del desarrollo cognitivo del ser humano, y si un grupo importante de mujeres que hoy día están vinculadas al mundo del trabajo, que tienen bajo nivel de escolaridad, que trabajan en empresas de servicio, no tienen el apoyo de la red de cuidado pre-escolar para el cuidado de sus hijos, no sacamos nada con meterle plata a la enseñanza básica, a la media o la universitaria. Es plata perdida para ese grupo de personas. La igualdad de oportunidades no se juega en la media, no se juega en la universitaria, no se juega en la básica, la igualdad de oportunidades para el 20% más pobre de Chile o para el 10%,o inclusive, más aún para el 5% más pobre de Chile, se juega en la educación pre-escolar. Ustedes lo saben mucho mejor que yo, porque lo han estudiado la gran mayoría de ustedes. La mayor densificación de las sinapsis neuronales, el desarrollo del cerebro, se da antes del décimo año de vida, más aún se da preferentemente los primeros años de vida, más aún la adquisición del lenguaje y de muchas de las habilidades cognitivas se dan en los primeros tres años de vida. Esto ha sido tomado en cuenta por el Estado, porque ha habido un aumento de la cobertura pre-escolar, pero insuficientemente, porque, por supuesto, el Consejo de Rectores puede presionar mucho más que un grupo de mamás que necesitan el cuidado pre-escolar para sus familias. Las escuelas pueden presionar mucho más, los lugares de educación de enseñanza media, no las guaguas que no tienen educación pre-escolar en Quellón, cuyas madres trabajan; no las guaguas que están esperando en Puente Alto poder ser atendidas. Al final de cuentas si se juega allí, es porque hay que cambiar esa política.

El tercer talón de Aquiles de la política social chilena no es la cantidad de viviendas, porque por supuesto tenemos más del 70% de las familias viviendo en viviendas propias. Somos el tercer país del mundo que tiene viviendas propias. Pero sí el problema es la ubicación de las viviendas. Hasta cuándo vamos a seguir con la misma política de hace décadas atrás, donde los más pobres se van a vivir a la periferia porque cuesta más barato. Pero al final, los que estamos acá sabemos que lo barato cuesta caro, porque en la comuna de Puente Alto no hay red de salud ni educacional que resista la

erradicaciones que se están haciendo hoy día. En La Pintana, en la década de los '90, no hubo red de salud ni educación que resistiera la cantidad de familias erradicadas. Así ocurrió en Quilicura, en Lampa, Batuco y uno podría decir que así va a ocurrir en Michaihue, Candelaria y San Pedro de la Costa cuando se erradiquen los campamentos de Concepción. ¿Será capaz la comuna de San Pedro de la Paz de resistir la cantidad de familias que va a ser erradicadas?. 3.000 familias nuevas que vienen en condiciones de pobreza o de indigencia, o saliendo de la pobreza, cuando se sumen a las familias de Candelaria y Michaihue en un mismo sector. ¿Qué es lo que se valoriza allí?. Es que el terreno donde son erradicadas estas familias es más barato que otros terrenos y que los terrenos urbanos de Concepción son más caros. Pero yo les aseguro que si un economista se dedica a estudiar lo que le ha costado a Santiago, en términos de plata al gobierno central, llevar a los pobres a la periferia de la ciudad les aseguro que es mucho más plata que lo que hubiese costado comprar los terrenos en el casco central de la ciudad. Es carísimo, basta que ustedes sumen hoy día el costo de los colectores de aguas lluvias; al lado de mi casa están construyendo un colector que va a costar millones y millones de dólares, una zanja profundísima para poder sacar el agua de toda la zona sur de Santiago. El metro, las extensiones de sus líneas, la creación todos estos servicios en todos estos lugares. Me decían que se van a articular los servicios para llevarlos a San Pedro de la Costa, y esa plata habría sido mejor invertida en consultorios ya existentes en Concepción, comprando terrenos más caros en Concepción, cercanos donde vivían estas familias, o dentro de la comuna de Concepción. Al final, hay que llevarlos a lugares más baratos, desgraciadamente; y no sólo eso, porque los más pobres molestan porque dañan el patrimonio de algunas familias, como se dijo en Peñalolén y es el argumento que se ha presentado en los tribunales.

Yo creo que el patrimonio no modifica la calidad de vida de una familia. Si una casa que valía 3.500 UF, disminuye su valor porque se instala un campamento al lado o una población erradicada y baja a 2.500 UF, me imagino que esas familias no se van a sacar la cresta, o golpear, o van a bajar su calidad de vida interior, o las oportunidades que se dan como fami-

lia. Lo más probable que la presencia de una población distinta al lado, que tiene menores ingresos, va a ser una gran oportunidad de formación social para los hijos de esas familias. Que los ghettos que nos da una privación de oportunidades, sean una oportunidad de formación para la mayor cantidad de la sociedad chilena.

La política habitacional no resiste continuar viviéndose como se vive hoy en día. Se acusaba a finales de la década de los '70 o inicio de los '80, que en Santiago se erradicaron 300.000 personas hacia la periferia de la ciudad. Teníamos un ingreso per cápita inferior a los 2.000 dólares; hoy día tenemos un ingreso per cápita superior o similar, por las modificaciones del dólar, superior a 5.000 dólares, y la política de erradicación sigue más o menos la misma. Quizás no hay equipamiento, yo le podría dar una larga lista de cosas que no son similares, pero se segrega la familia, se las excluye, se las lleva afuera.

Entremos brevemente en lo que ha ido sucediendo en relación a nuestra imagen de sociedad. Como habrán leído algunos de ustedes en el informe de las Naciones Unidas, señalaba que más del 50% de las personas en Chile se sienten críticos, desilusionados o molestos. Lo más probable que si pasamos una encuesta entre ustedes aquí, va a salir la misma encuesta. Un grupo importante de ustedes se va a sentir desilusionado, molestos en la sociedad en que viven. Reflejo de esto es la infelicidad que se detecta a través de las encuestas, la violencia familiar que vivimos en Chile. El lugar más peligroso para los niños en Chile sigue siendo la familia, y el lugar más peligroso para las mujeres de Chile sigue siendo la casa. Por supuesto, el aumento que decía el otro día el doctor Minoletti en los suicidios, que se han ido triplicando, demuestran las dificultades que tenemos para poder vivir en un país donde efectivamente podamos ser felices.

Hace años atrás, en el Centenario de Chile, Enrique Mac Iver señalaba que habíamos crecido económicamente, pero terminaba su discurso diciendo: "pero me parece que no somos felices". Ojalá que no repitamos eso en el bicentenario de Chile, que al Presidente que le toque ojalá que pueda decir que el país ha crecido económicamente, hemos establecido acuerdos comerciales y somos un po-

quito más felices que lo que éramos antes. Yo creo que si no hay una adecuada política para poder integrarnos socialmente, va a ser muy difícil poder obtener esta cuota adicional de felicidad. La integración social es lo que viene después, cuando uno va superando algunos límites de pobreza socioeconómica. Si las políticas tienden a excluir a aquellos que tienen menores ingresos, vamos a vivir con mayores inseguridades. Cuando los choferes de las micros alegaban en la población Los Navíos porque había sido asesinado un colega, yo me preguntaba ¿quién era el responsable?. Son los jóvenes que lo asesinaron, por supuesto que sí. Es la población, por supuesto que sí, los padres, las escuelas. Pero el 80% le corresponde al Estado que planificó esa población, la cual está excluida, segregada, con una alta concentración de habitantes y con bajas oportunidades laborales para los jóvenes.

Visiten ustedes la población La Compañía, los que vienen de La Serena- Coquimbo. Se construyó una cárcel para jóvenes que habrá costado dos o tres millones de dólares, y yo me pregunto: ¿Se construyó algún centro de capacitación o de inserción social, algún centro laboral para aquellos jóvenes que estaban fuera del sistema escolar?, ¿Se gastó aunque sea medio millón de dólares, o cien mil dólares, en los mismos jóvenes que hoy en día están en la cárcel?. La mitad de los jóvenes encarcelados en esa cárcel, hace 1 año atrás o 2 años atrás provenían de la misma población donde se construyó la cárcel. Entonces, en el fondo uno se pregunta a que nos lleva la exclusión social, y la respuesta es que al final va a ser más complicado vivir en un país desintegrado, que en un país pobre, pero integrado. Esto se ve en los efectos de la política habitacional en Francia; yo he leído al respecto y puedo decir que ésta cambió de rumbo, generando primero grandes ghettos en la periferia de las ciudades y hoy día, destruyendo esos ghettos, obligando a la integración. Y la política habitacional española también, y otras políticas.

No hay que perder de vista que como trasfondo hay unas maneras de ver el mundo y enfrentar la vida, unas "culturas" que debemos revisar.

Una de esas culturas es la cultura del tener. Y sin ánimo de crítica, puesto que yo soy parte de lo mismo que vienen ustedes, yo no me salvo y esto

también es una autocrítica, esta cultura ha entrado a todas las profesiones de Chile, no es algo que esté ajeno a las profesiones. El otro día en una discusión con un grupo de médicos, uno de ellos señalaba que había ido reduciendo su jornada en el Hospital y que, dada la intervención que había hoy en día en Américo Vespucio, se había rehusado para el próximo año seguir asistiendo al Hospital, ya que tardaba muchas horas y sus horas valían mucho. Y discutían con otro médico, el cual había optado por quedarse en el Hospital de la zona Sur. Esa persona decía que es muy importante permanecer, porque para eso estudié, pero el otro médico decía que esas mismas horas trabajadas en el barrio alto te ayudarían a ganar mucha más plata que la que estas ganando hoy día. Esa cultura del tener, como ya dije, se metió en nuestras profesiones, en mi profesión como psicólogo, en mi trabajo se fue metiendo.

La cultura del individualismo también ingresó fuertemente. En el gremio de ustedes, en toda la salud, el poder "rascarse cada uno con sus propias uñas", las dificultades que hay para poder tener criterios comunes de trabajo. La cultura del poder, donde uno quiere concentrar gran parte del poder y ejercerlo sobre los demás. Toda esa cultura también va generando y va contribuyendo a la exclusión social.

¿Cómo podemos ir superando esta situación?. Esto es lo que yo veo desde los lugares de mayor pobreza. Los que estamos acá seguramente no vamos a poder modificar los ingresos de las familias en Chile, vamos a poder contribuir pero no modificarlo sustancialmente en esta década. Los que estamos acá seguramente no vamos a poder modificar la política habitacional, ojalá pudiésemos influir en algo. Pero va a ser sumamente difícil poder influir en la modificación de esta política. Vamos a seguir viviendo y trabajando en los lugares donde estamos, y vamos a seguir viendo los efectos que pueda tener esa política más centrada en los productos que en los efectos. Pero sí podemos contribuir desde el espacio donde estamos en una mirada distinta, en relaciones distintas y en prácticas distintas frente a la pobreza.

Hace un tiempo atrás, acá en el Diego Portales, hicimos en un salón contiguo con los periodistas una presentación de un estudio que señalaba que

el 40% de las personas que viven en condiciones de pobreza se veían representados en la televisión como delincuentes, el 35% como drogadictos y el 30% como sucios, cochinos, personas como de mal aspecto. Si uno esto lo lleva a las mujeres, que es donde más se ve golpeada la pobreza, ya que 7 de cada 10 personas en el mundo que son pobres son mujer, se podría decir que el 60% de las mujeres pobres se veía representada en la televisión como delincuentes o drogadictas o sucias. Separado por grupo, le seguían también los jóvenes. Si la mirada que se tiene de la pobreza es ésta, esa mirada nos invade a todos; no es propia solamente de la televisión, es el reflejo de lo que hacemos cotidianamente. Si uno tiene una mirada, por ejemplo, de carencia frente a la pobreza, lo que va a hacer es apropiarse de esa persona. La relación que se va a establecer es de apropiación, donde yo le voy a dirigir la vida a alguien y la práctica va a ser asistencial.

En la clínica Salvador Minuchin, en Filadelfia, hace años atrás, con el doctor Serrano revisamos un programa de intervención en familias consumidoras de crack, mujeres solas consumidoras de crack. Visitamos las casas, se formaron operadores de Salud, entre Psicólogos, Asistentes Sociales, estudiantes de Medicina y de Enfermería de los últimos años, los cuales trabajaron con las familias. Se involucraron en ellas, se miraban como personas carenciadas las cuales requerían un apoyo especial; se apropiaron de las relaciones con sus hijos. La práctica fue asistencial y terminó porque las madres aumentaron su consumo de drogas, abandonaron más sus familias, porque tenían al operador en la casa, esa fue la consecuencia. La búsqueda de una buena política de cercanía implicó que esa mirada era una mirada errada.

Existe la mirada de incapacidad, si yo siento que la persona que vive en condiciones de pobreza es incapaz, como dijo hace un tiempo atrás una Asistente Social; o una Enfermera de un sector Poniente de Santiago, que hace una década atrás me dijo una frase muy dolorosa, porque separó a los pobres entre los pobres que eran inteligentes y otros pobres que no eran inteligentes y que venían con problemas genéticos, diciendo que nunca podían cambiar.

La verdad, es que yo me crié en la riqueza y creo que los problemas genéticos se reparten igual, en

una curva normal entre los pobres y los ricos. Pero si la mirada es de incapacidad, lo que yo voy a hacer es invalidar al otro, y la práctica va a ser dirigirlo, direccionarlo.

Si la mirada es de oportunidades, y yo siento que la persona que tengo al frente tiene derechos como ser humano, los mismo derechos de la persona del barrio alto que me paga por una consulta y me exige calidad, o que va a un clínica privada y exige esa calidad, mi relación va ser activadora. Voy a trabajar con esa persona para que efectivamente tenga mayor control sobre su vida. La práctica va a ser integradora y promocional, aunque tenga a veces ribetes de asistencial por las necesidades, pero va a ser activadora desde el punto de vista de ir integrando a la persona a la sociedad. Para eso, y el Ministro lo señalaba antes, es tremendamente importante construir vínculos con las personas. Los pediatras que están acá, yo creo que la gran mayoría lo ha estudiado. Si uno no construye vínculos con las personas de su trabajo, no conoce el territorio en el cual trabaja. El otro día que estuve en una población tremendamente pobre, visité un Consultorio en Concepción, y le pregunté, después de haber recorrido toda la población, a la persona que estaba a cargo si ella había caminado por la población, y ella me respondió que no había podido porque no tenía tiempo, tenía mucho trabajo, yo le dije que "ese debería haber sido tu primer trabajo, ese es tu trabajo, visitar las familias, conocerlas, darte una semana de inducción, de integración, porque tu vives en otro barrio de Concepción y no es malo que tu vivas en otro barrio, pero lo importante es que si llegas a trabajar a ese barrio te metas en él". Hace tres semanas me tocó estar en Temuco y tuve una intervención que después alguna persona me la criticó y dije algo que parece que hirió a más de alguno, entonces una persona después me acompañó y me criticó fuertemente y dije, "si alguno de ustedes ha salido al extranjero, quién no ha tenido que aprender inglés, ha tenido que dar una prueba para poder hacer sus estudios afuera, si ha ido a Francia ha tenido que aprender francés, etc, y ¿Por qué cuando van a trabajar a la Araucanía, a un sector rural, no aprenden Mapudungún?, ¿Cuál es la diferencia?. ¿Por qué los profesores en las escuelas no tienen por obligación, cuando trabajan en un sector rural, de aprender Mapudungún?. Si la

gran mayoría de los adultos de los sectores rurales entiende su mundo, habla algo de castellano, pero entiende el mundo a partir de su cultura, y su cultura se expresa a partir de un idioma, si yo no construyo vínculos a partir de la realidad de las personas es muy difícil. Los médicos que han ido a Haití no han tenido sólo que aprender francés, han tenido que aprender Creol, que es la lengua que maneja el pueblo Haitiano, y lo han podido aprender. Y ¿por qué al médico, cuando se le traslada a la Araucanía, no se le obliga antes de ir a dar un examen de Mapudungún, como lo hace más de alguno de ustedes que ha tenido que ir a estudiar afuera, y ha tenido que dar un examen de inglés y ha tenido que sacar un puntaje de inglés?. ¿por qué no lo hacen para ir allá?”.

Se deben construir vínculos, provocar confianza, provocar autonomía, generar interdependencia, y para eso la única posibilidad de generarlo es a través del contacto. Como decía ese connotado psiquiatra comunitario Franco Basaglia en Italia, la única posibilidad de cura es el contacto. La única posibilidad de sanación es el vínculo que uno establece con las personas, y para poder hacer esto es necesario trabajar fuertemente no sólo en la estrategia, en el AUGÉ o en las leyes, por supuesto que son importantes, esa es la estrategia, la metodología, los programas.

Hace un tiempo atrás, me tocó hacer un TELEDUC para la Católica, y me tocó recorrer de madrugada consultorios de atención primaria con una periodista. Todos los consultorios de atención primaria de la época tenían los mismos programas, de la zona Sur, preferentemente. Pero había un consultorio al cual me voy a referir, que era espectacular la atención y tenían muchos menos recursos que ahora. Esto fue en los años '90 o '91. Habían implementado sistema de horas, sin que nadie les dijera, no habían colas en la mañana. Llegamos a las 6 y media de la madrugada, donde habíamos pasado por tres consultorios, habían fogatas porque era invierno. Esos consultorios contruidos con platas del BID, que son todos igualitos, ahí estaban con fogata la gente calentando el cuerpo, pero había uno en la zona Sur donde no había cola, habían llegado 2 o 3 personas, preguntamos y averiguamos y nos quedamos ahí con la cámara, la periodista y la gente del canal. Bueno, ese consultorio ya había

implementado un sistema distinto de atención. Comenzamos a indagar en los programas, y éstos eran espectaculares, los mismos que en los otros, pero en esos otros a los adultos mayores se les hacía esperar, eran muy mal tratados, no llegaban los médicos, no llegaban las enfermeras, las interconsultas no funcionaban, no habían llamados telefónicos, lo mismo que les ha tocado vivir a ustedes seguramente.

La estrategia, si no va acompañada de relación, no sirve. Tenemos una de las mejores políticas o leyes anti-alcoholes, pero uno de los países donde se consume más cantidad de alcohol. Ustedes lo están viendo entre los jóvenes, cómo ha aumentado este consumo. Si no hay relación, si no hay vínculo, si no hay educación, si no hay formación, es muy difícil poder revertir y poder hacer valer los derechos. Para eso, la política yo siento que debe recontextualizarse permanentemente.

Hace años atrás me tocó visitar un Consultorio exclusivamente para adolescentes en uno de los peores barrios de Nueva York, y los médicos, enfermeras, la gente que trabajaba allí eran especialistas en adolescentes y tenían un trabajo espectacular, con un grupo muy grande de voluntarios. Ellos habían contextualizado y habían re-contextualizado seguramente muchas veces. Habían detectado que los adolescentes ya no iban a los consultorios, no los acompañaban ni las madres ni los padres y hubo que cambiar.

Lo segundo que hay que hacer es tratar de buscar desde lo que realiza la gente, para nosotros poder acompañar lo que la gente hoy día esta realizando. Nosotros formamos las salas cunas familiares a partir de las experiencias que tenían las mujeres del cuidado de las guaguas en sus casas, y nos dijeron muchas educadoras de párvulos que eso dañaba el desarrollo cognitivo de los niños, porque las mamás no eran capaces como otros de educar a los niños. Bueno, bastó con que comprobáramos que el desarrollo cognitivo era muy parecido al de los jardines convencionales cuando estaban con la mamá, para comprobar que no era verdad lo que nos decían y lo vamos a demostrar en un estudio que publicaremos, esperamos en marzo del próximo año.

Y por último, preservar la integridad de cada persona, a esto me voy a referir más adelante.

¿Cuáles son las urgencias sociales de justicia?. Yo siento que desde el área de ustedes podemos trabajar juntos, y ustedes mucho más que nosotros, por la gran extensión que tienen y el vínculo tan estrecho con gente que vive en condiciones de pobreza. Trabajar para ir cambiando progresivamente las actitudes en el trabajo cotidiano, trabajar progresivamente como lo pedimos nosotros en el año 1999, desde la Fundación de la Superación de la Pobreza, por hacer valer los derechos de las personas.

El otro día, discutiendo en otro Ministerio, una persona me contestó, dudando de la calidad de un producto que entregaba el Estado, me dijo "pero que se conformen con eso Benito, si ya es suficiente". Yo le dije "No, porque lo que ellos exigen es un derecho, no un favor de parte tuya y la plata que tu estás poniendo en esto no es plata tuya, es plata de nosotros". Y queremos que el derecho sea respetado, sobre todo en aquellos que tienen menos fuerza para poder solicitar que se les respete ese derecho.

Lo tercero, es trabajar por algo que mucho de ustedes lo hicieron en la década de los años '60, el protagonismo de quienes viven hoy en condiciones de pobreza. Ellos pueden manejar gran parte de los programas que hoy día existen. Cuando el Ministro señalaba que había plata suficiente, yo les digo siempre en la política social lo más importante, el 90% de la política social la realizan los afectados, el 7% la realiza el que interviene y el 3% la plata. Bastó que los médicos que trabajan en Haití, en un sector chiquitito de Puerto Príncipe, empezaran con la política que muchos de ustedes comenzaron en la década de los años '50 o '60, lactancia materna, para que disminuyera la mortalidad infantil y los problemas de diarrea en los niños haitianos, de ese sector pequeñito donde ellos trabajan, en un consultorio chiquitito. Bastó aplicar una metodología, no plata. Bastó vincularse con la comunidad, trabajar en educación y rescatar de las personas sus propias habilidades para realizarlo. Eso a veces nos cuesta mucho, por lo tanto los invito a nuevas miradas acerca de la pobreza, a mejorar las relaciones con quienes viven en condiciones de pobreza y las prácticas pertinentes.

Muchos médicos, y a lo mejor a varios de los que están acá, les tocó estar en campamentos trabajando, como me dijo un médico de una clínica particu-

lar, a la cual fui a visitar a un hermano mío, me dijo "yo Benito, trabajé en el campamento Silva Henríquez y lo hecho mucho de menos, teníamos un equipo de salud muy bueno". Si uno lleva mucho tiempo sin vincularse con la pobreza y trabaja en un Hospital, y no ha ido a visitar donde vive la gente que está en condiciones de pobreza, no se ha dado el tiempo de tomar una taza de té en la casa de alguien que vive en condiciones de pobreza, no para compararla con la pobreza del pasado, sino que para conversar con ellos, para escucharlos, para contemplar su realidad, es muy difícil que después pueda exigir a las personas que están a su alrededor calidad de atención, respeto, tiempo. Es muy difícil que pueda comprender a una persona que toca las puertas de un Hospital y se le dice: sabe que más, no la podemos atender hoy día, vuelva en 15 días más, la desesperanza de esa persona. Por eso, al final quienes viven en condiciones de pobreza sienten, el 65% de ellos, que la vida es controlada por las circunstancias, y los que estamos acá la gran mayoría sentimos que la vida la controlamos nosotros. Eso es por algo que también a través de la política social hemos ido metiendo en la gente. No porque ellos genéticamente sean incapaces.

¿Cuáles son las tareas que hay que realizar desde el área de la salud?.

La primera, esta última que señalaba respecto de la vinculación con la realidad, respecto a que recorran los territorios donde trabajan, dñense el tiempo, esa inducción, esa integración tiene un valor gigantesco para los programas que ustedes realizan.

Lo segundo, es la excelencia profesional. Las personas que viven en condiciones de pobreza, como muchos de los médicos o enfermeras o personas que trabajan en el área de la salud y que están acá, que llevan muchos años trabajando, saben que la excelencia profesional es tremendamente importante y ésta no depende, como me dijo un connotado médico del Sur, y se lo dijo a uno de ustedes que esta aquí presente, no depende del número del colegio médico en el cual esta la persona, porque hay médicos que recién están saliendo que tienen excelencia profesional. No depende tampoco de lo perjudicado que sean muchos de ustedes frente a las nuevas carreras de Salud. Yo las aplaudo, agradezco a Dios las nuevas carreras, porque tenemos una gran cantidad de médicos y de enfermeras de

calidad y excelencia, que están llegando a trabajar con los más pobres, con mayor dedicación de las Universidades tradicionales.

Lo tercero, reposicionar a la profesión como un vehículo de servicio. En esto nos tenemos que ayudar todos, porque se nos ha metido esta búsqueda tan material que llega a ser casi absurda. Si ustedes recorren mi casa, yo vivo en una comuna popular, pero si recorren mi casa o yo recorro la casa de ustedes, les aseguro que hay una gran cantidad de bienes superfluos, una gran cantidad de dependencias o de deudas que no deberían existir, una gran cantidad de cosas que uno ha adquirido, o una gran cantidad de bienes que uno ha querido acaparar que no nos sirven para nada, y vamos trabajando más para eso bienes, y menos para las personas. Mientras más bienes tenemos, no todos, pero la gran mayoría, menos libertad tenemos, porque comenzamos a trabajar para ellos y no para las personas que nos rodean, y esa obsesión nos hace sacrificar tiempo precioso para poder dedicarlo a los demás.

Lo cuarto es el que el ejercicio profesional tiene que ser en equipo. El portero de un consultorio vale tanto como un médico, y no es una frase "cliché", es así. Si el portero orienta bien, como decía el Ministro, a una persona, esta persona va a perder menos tiempo adentro del consultorio. Si da bien la información, si la acoge bien, si está limpio, si está ordenado, no echado como nochero que amanece todo desordenado, sucio, con una pieza que está toda cochina, en el colchón o en un sillón. En cambio, si esa persona lo recibe bien, le da una buena información a la persona que llega temprano al consultorio, lo más probable que esa persona se va a ir al SAPU, se va a ir al Hospital y él va a ayudar a que esa persona se agilice. El ejercicio

profesional en equipo requiere involucrar a todos.

Por último yo los invito también en esto que hablamos de la excelencia profesional y lo de la profesión como vehículo de servicio, ayudémonos a tener coherencia personal. Hay muchos, y especialmente del gremio de ustedes, de los médicos, que están en el Colegio Médico y que tienen la osadía de hablar y gritar por la justicia de los más pobres, y son incapaces de tener compostura en su propia vida, de tener estilos de vida que reflejen lo que ellos dicen como valores. Esto no puede ser, los médicos se formaron, y los profesionales de la Salud al igual que yo, para servir a los demás y no para servirse de los demás. Esta postura, en la cual tenemos que ayudarnos mutuamente, porque eso es un escándalo para los más pobres, y a veces se señala que los programas son deficitarios y somos incapaces nosotros, en nuestro propio territorio, de sacrificarnos por los demás, destinarles más horas, más tiempo y más de nuestros propios recursos económicos. Esperamos que lo haga el "Papá Estado".

Por último, quería recordar una frase que creo que es la que nos permitiría recuperar la certidumbre institucional y la confianza interpersonal que requerimos para trabajar en Salud. Una frase que decía Gandhi: "recuerda el rostro del hombre más pobre y más débil que hayas visto y pregúntate si la medida que estás considerando le será de alguna utilidad, ¿le devolverá el control sobre su vida y su destino?". Si nos hacemos esta pregunta, lo más probable es que cada vez que tomemos una decisión frente a personas que viven en condiciones de pobreza, nuestra decisión le va a permitir a esa persona ganar un espacio adicional para controlar su propia vida, su vida familiar, su entorno social, y poder vincularse más positivamente consigo misma.

Muchas Gracias.

“Mapa Estratégico del Sector Público de Salud”.

Dr. Ricardo Fábrega, Jefe División Gestión de Red Asistencial, MINSAL

El Ministro nos ha hecho una completa mirada de cómo nos ven los usuarios. Vimos un video, con un mecanismo audiovisual, que nos recuerda qué es la Reforma, nos recuerda qué es esta Ley tan árida del AUGE, que es tan difícil de entender, con testimonios concretos. Además hemos tenido la mirada de Benito Baranda, que nos interpela con una posición crítica a lo que son las políticas sociales, que nos viene siempre muy bien, que nos digan como se ve lo que hacemos desde afuera, porque a veces desde adentro somos también autocríticos, pero vemos otras cosas distintas.

Lo que estamos haciendo ahora, de aquí en adelante, es entrar de lleno en la reflexión que tenemos que ir concretando durante los próximos meses, probablemente durante muchos años para tener la mejor red pública de Salud, una gran red pública de Salud, que nos sintamos orgullosos de estar acá. Esa es nuestra labor.

Nosotros como Ministerio estamos muy contentos de que estén juntos gente de la atención primaria, gente de los centros de especialidades, gente de los servicios de Salud y gente de los Hospitales. Directivos y profesionales, que día a día tomamos decisiones grandes y pequeñas que hacen la diferencia entre que el sistema funcione bien, que el sistema funcione regular o que el sistema funcione mal. Y son muchas las cosas que nos están pidiendo que hagamos, lo que pasa con eso es que uno tiende a confundirse con la cantidad de tareas simultáneas que se espera que cumplamos.

Para tratar de ayudarnos en ese camino, tratar de ver como priorizamos, que hacemos primero, que hacemos después, que tiene que ver la capacitación que hago con el resultado que se espera de nosotros desde el usuario, o desde Hacienda o desde el sector político, nosotros estuvimos construyendo en las últimas semanas, lo que se conoce en jerga administrativa como el mapa estratégico, y queremos ofrecerles aquí un borrador. Es un esqueleto que creemos que es muy clarificador, pero que sin duda como todo primer mapa irá siendo com-

plementado precisamente por ustedes.

A mi me recuerda un poco cuando uno miraba esos mapas de América antiguo, y que uno los mira hoy y dice, bueno servían, eran útiles para los navegantes de la época, pero uno los mira y tenemos mucha mejor información hoy en día. Así espero que se vea a futuro este mapa estratégico, que nosotros sepamos ir mejorándolo e ir ayudándonos con este mapa a avanzar en los logros de la Reforma.

Hicimos el mapa estratégico precisamente para dar sentido a lo que hacemos cotidianamente. Para transformar la misión, la visión, los valores, los proyectos de Ley y vincularlos con lo que hacemos cotidianamente. Y para que los compromisos de gestión que hacemos diariamente sepamos cómo encajan y cómo contribuyen al cumplimiento de nuestra misión, junto con el mandato que tenemos desde el sector político, desde el parlamento y desde las leyes.

Lo que habitualmente se ve en un mapa estratégico, primero es la visión, la misión, los valores. Ya a esta altura todos hemos participado alguna vez en un ejercicio de planificación estratégica, y la verdad es que a veces terminamos la planificación y la metemos en el cajón y no la volvemos a ver nunca más. Lo que nosotros queremos es que la planificación estratégica que hemos hecho esté vinculada con el quehacer cotidiano y que la parte intermedia del cuadro, que es la estrategia, las líneas, las iniciativas, para que realmente las sintamos cercanas, tenemos que ser capaces de ver como se relacionan unas con otras. Para esto estamos construyendo el mapa.

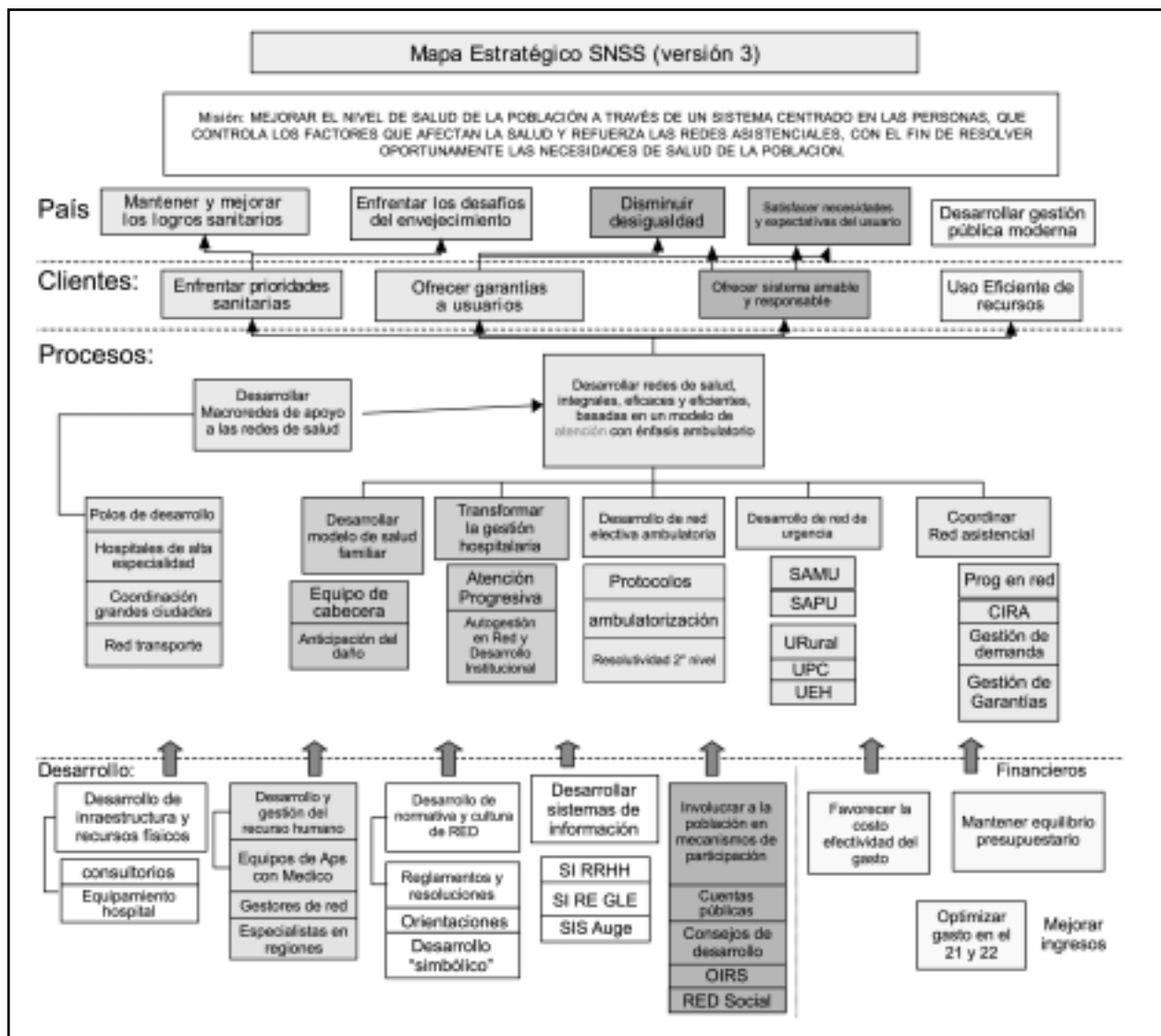
Aparece la **Visión** que definió el Ministerio de Salud. Esta, es la visión que esta transmitiéndose a través del discurso estratégico a lo largo de todo el país, por parte de los directivos, probablemente los directores de los Servicios de Salud lo habrán transmitido. “Tendremos un Chile más saludable, con un Sistema de Salud que se anticipa a los problemas sanitarios, a través de políticas y estrategias

de promoción y prevención y que garantiza a las personas el acceso a una atención integral, oportuna y acogedora". Más abajo figura la visión que nosotros definimos en la División, que es complementaria con la anterior.

Los **valores institucionales** definidos en el Ministerio de Salud son la **responsabilidad, la eficacia y la equidad**. Esos son los tres valores que hemos definido. Nosotros queremos someterlos a consideración de ustedes, vamos a seguir trabajando. Llegar a estos 3 fue producto de una reflexión del cuerpo directivo, a partir de haber colocado un listado de más de 30, y fuimos resumiendo lo que se suponía que cada uno de estos cumplía o como abarcaba a otros valores, y al final nos centramos en éstos,

pensando que la gente espera que seamos responsables con ellos, que seamos eficaces, y espera que seamos más equitativos. No nos atrevimos a poner eficientes, nos conformamos en esta primera mirada con colocar eficaces. No nos atrevimos a colocar acogedores, nos contentamos con colocar responsables.

Depende de lo que ustedes nos digan, si nos atrevemos a colocar más. Depende de lo que nosotros veamos que podemos hacer. Si ustedes nos dicen que tiene que estar acogedora, en el Ministerio estoy seguro de que seremos capaces de asumir eso y cumplirlo, porque lo que no queremos es hablar en el vacío, lo que queremos es que lo que hablamos sea lo que cumplamos.



La **Misión** dice que “en el MINSAL trabajamos para mejorar el nivel de salud de la población a través de un sistema centrado en las personas, que controla los factores que afectan la salud y refuerza las redes asistenciales con el fin de resolver oportunamente las necesidades de salud de chilenos y chilenas”. Esto figura en la parte de arriba del mapa estratégico, en la primera línea.

La gracia de la misión, es a lo que nos compromete hacer. Cuando una misión está bien formulada, lo que yo haga tiene que estar en estrecha vinculación con ella y lo demás no tengo para que hacerlo. No sólo define lo que tengo que hacer, sino más importante que eso, define lo que no tengo que hacer, lo que no me compete. Por tanto es muy importante saber en la vida cual es la misión. Cuando uno está en el sector público y usa recursos que son de todos, es más importante todavía saber la misión, para no meterse en lo que no le compete, y concentrar sus esfuerzos en lo que los demás esperan de uno.

Y así surge el mapa estratégico como ese esquema interrelacionado de objetivos generales y objetivos específicos.

El mapa estratégico tiene varios componentes.

1. En la parte de arriba están los objetivos país.
2. En la línea que sigue están los clientes, lo que esperan de nosotros, los que nos miran y que cosas esperan de nosotros.
3. Después viene la operación de procesos, cómo hacemos para cumplir con estos que esperan cosas de nosotros.
4. Después está todo lo que es el soporte, tanto financiero como de desarrollo.

En un mapa estratégico del sector privado, donde la misión es tener también utilidad, lo financiero está arriba. En un mapa estratégico del sector público, especialmente complejo como es el sector salud, lo financiero es soporte para el cumplimiento de la misión.

Los objetivos país.

Mantener y mejorar los logros sanitarios	Enfrentar los desafíos del envejecimiento	Disminuir desigualdad	Satisfacer necesidades y expectativas del usuario	Desarrollar gestión pública moderna
---	--	------------------------------	--	--

Les hemos entregado un documento que recoge las metas sanitarias al año 2010. Ese documento fijaba 4 grandes metas país, y ha sido el documento sustento de la reflexión sobre la Reforma:

1. Mantener y mejorar los logros sanitarios.
2. Enfrentar los desafíos del envejecimiento.
3. Disminuir las desigualdades.
4. Satisfacer necesidades y expectativas del usuario

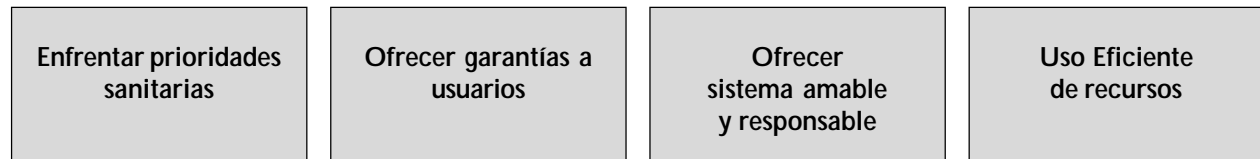
Estos son los cuatro grandes mega-objetivos que nos fijamos en el documento de prioridades sanitarias del año 2010. Este fue un documento que se entregó al Presidente Lagos a comienzos del año 2002 y que inició su elaboración a partir del año 2000. Fue producto del trabajo de mucha gente, hubo mucha participación ahí y el producto es bastante concreto, bastante desafiante para nosotros como sector salud. Cuando uno lo lee, además ve con nostalgia que algunas de las cosas no están claramente reflejadas en los proyectos de Ley, y por tanto sabemos ahí que tenemos tareas pendientes. Pero sin perjuicio de eso, sabemos que lo que estamos haciendo apunta al cumplimiento de esos objetivos.

Agregamos un quinto objetivo en esta línea de metas país, que es la **Modernización del Estado**. Somos sector público, se espera de nosotros que seamos un sector público moderno, y por tanto hay que agregarlo como se agrega en cualquier otro sector social o no social del país.

Lo otro que hay que tener en cuenta cuando uno define los objetivos, es lo que dice la Ley. En particular la Ley que nos da la plata, la Ley de presupuesto, y allí define una serie de objetivos, que son 4, que no voy a incorporar ahora porque está subsumido en lo que veremos después.

Llegamos a lo que nos pasa en las redes asistenciales, veremos los clientes nuestros.

Con todo lo anterior uno podría bajarse por el lado de la autoridad sanitaria y serían otros los objetivos, otras las cosas que se esperan de nosotros. Cuando uno se baja por el lado de las redes, ahí cambian los clientes, cambian las expectativas y son otras las cosas que se esperan de nosotros.



Aquí en el lado de las redes, la gente espera que nosotros le **ofrezcamos las garantías**, que les cumplamos, que seamos responsable con ella. Hay también algo que nosotros nunca hacemos que es **ofrecer un sistema amable y responsable**. En un sistema crecientemente democrático, se expresa la legitimidad de largo plazo del sector a través del mundo político, y el prestigio del sector público se juega en el mediano y largo plazo en que cumpla con ser un sistema amable y responsable con su gente.

Los mismo ocurre con el cuarto objetivo, que es el **uso eficiente de recursos**. Usar eficientemente los recursos también contribuye al prestigio del sistema. Un sistema que no use eficientemente sus recursos se desprestigia y en el largo o mediano plazo se descapitaliza, por lo tanto también tenemos que ser muy claros en que hay allí un cliente, un mandante que uno lo personifica en el Ministro de Hacienda, pero es mucho más que eso, que espera que nosotros seamos eficientes.

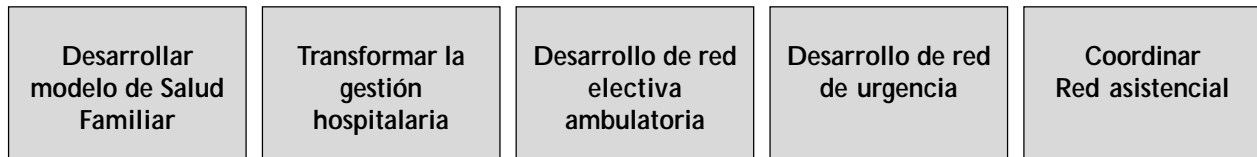
Más allá, en el otro extremo, está lo que a nosotros realmente nos gusta, nos enorgullece y nos hace estar acá, que es **enfrentar las prioridades sanitarias**. Cuando uno le pregunta a la gente, si hay algo que no cambiaría del sector Salud (lo más importante cuando uno hace Reformas) ellos responden que es nuestra preocupación por las prioridades sanitarias y el orgullo sanitario y la tradición sanitaria chilena. La tradición de servicio, la tradición de haber erradicado enfermedades, haber disminuido la mortalidad infecto-contagiosa, el haber alcanzado los niveles que hoy tenemos de mortalidad infantil, el tener las coberturas de vacunación que tenemos. Esas son las cosas que a nosotros nos llenan de orgullo, el salvar niños año a año en la campaña de invierno, pese a la virulencia que tenemos y pese a la contaminación, y salvar año a año y cada día a más niños, y un año como éste que tuvimos una carga viral atroz. La gente se la jugó en nuestro sector, se puso las pilas y allí estuvo y salvamos más niños que el año anterior. Esas son las cosas que nos llenan de orgullo, y esas son las cosas por tanto que no podemos olvidar.

Algunos dicen que enfrentar las prioridades sanitarias es un objetivo vinculado a un cliente que es la población general, pero si uno es más franco, en realidad está vinculado a nosotros mismos, es lo que nos mantiene dentro del sector, el orgullo sanitario que sentimos de estar en el sector público chileno y por eso hay que tenerlo allí, bien claro, bien fuerte y no hay que olvidarlo nunca.

Llegamos entonces al tercer nivel. ¿Cómo le cumplimos simultáneamente a estos 4 exigentes mandantes o clientes?, ¿Cómo somos a la vez amables, responsables, ofrecemos garantías, somos eficientes y mantenemos preocupación por las prioridades sanitarias?. Y la respuesta que nos hemos dado en Chile es hacer funcionar Redes Asistenciales de Salud. Podríamos haber dicho mercados en salud, pero sabemos que no habríamos logrado satisfacer lo anterior. Otros países han respondido a la pregunta con mercados en salud, otros han respondido con sistemas nacionales en salud. Probablemente habría más gente aquí que aceptaría esta última opción, pero no, en Chile hemos respondido con redes asistenciales de salud, reconociendo la autonomía que tiene el sector municipal, reconociendo la importancia de los temas de autogestión y decidimos hacer redes de salud.

**Desarrollar redes de salud, integrales, eficaces y eficientes,
basadas en un modelo de atención con énfasis ambulatorio**

Siguiendo en la tramo de los **procesos**, hay allí 5 grandes líneas de trabajo, que estamos siguiendo en el sector. Están incorporadas en los compromisos de gestión y los que no estaban se han subido a los compromisos de gestión que tienen que ver con el desarrollo de las redes asistenciales.



La primera, si estamos hablando de redes asistenciales con énfasis en lo preventivo, en lo promocional, en lo ambulatorio, lo que necesitamos, evidentemente, es un mayor **desarrollo de la Salud Familiar** y de la Atención Primaria. Debemos avanzar fuertemente en esto.

En segundo lugar, **transformar la Gestión Hospitalaria**. Avanzar hacia una atención hospitalaria que funcione con más mirada ambulatoria, con atención progresiva, con más capacidad de autogestión en red.

La tercera, es el **desarrollo de la Red Electiva Ambulatoria**. Nosotros tenemos redes asistenciales que funcionan entre niveles y lo hacen desde hace mucho tiempo. Por ejemplo, la red de atención al parto, eso funciona. Uno va a algunos Hospitales y se juntan las matronas de la Atención Primaria con las matronas de los Hospitales para el día de la matrona, celebran y se sienten parte de una misma red y no se mandan recado con los mismos pacientes. Ellos conforman realmente un red de continuidad de atención, pero en otras áreas no somos una red. Tenemos que construir esa red electiva ambulatoria.

También tenemos que **desarrollar la Red de Urgencia**. Hoy día los establecimientos de urgencia funcionan cada uno por separado y obviamente concentrados en lo suyo, la atención inmediata, y poco vinculados con el resto de la red. Queremos que también haya una red de urgencia, con una puerta de entrada, los SAPUS, y una atención de emergencia en las Unidades de Emergencia Hospitalaria en aquellos casos que realmente se requiere. Estamos a años luz de que eso sea cierto, pero ya empezamos a dar los primeros pasos. Cuando el camino es largo, lo más importante es empezar a dar los primeros pasos lo más pronto posible, sino es así no se llega nunca.

Lo quinto, es la **Coordinación de la Red Asistencial**. Queremos coordinar la red asistencial y ahí están los consejos integradores de la red asistencial (CIRA), la programación en red, la gestión de la demanda, la gestión de la compra desde la red asistencial. En eso estamos trabajando, también con objetivos específicos, con mecanismos de asignación de recursos, con indicadores para que efectivamente el Gestor de Red, el nuevo Director del Servicio de Salud, que a partir del primero de enero no es autoridad sanitaria, sino que gestor de esta red, tenga el instrumental necesario para poder ir cumpliendo con todo lo anterior.

Desarrollar Macroredes de apoyo a las redes de salud

Pero muchas de las redes no se bastan a sí mismas. La mayoría de nuestros Servicios de Salud dependen de otros para la resolución de importantes y significativos problemas, muchos de ellos vinculados al AUGE. Es allí donde hablamos de que tiene que haber **desarrollo de Macroredes**, es decir, polos de desarrollo, redes de transporte que hagan posible acceder a Hospitales de tal especialidad o de alta complejidad, vinculados con las redes asistenciales, que son los Servicios de Salud, funcionando todos coordinadamente. Esto también está establecido en la Ley y esperamos que los instrumentos vinculados a cada uno de los cuadrados que aparecen en el mapa (verdes en el documento), lo podamos ir discutiendo y concretando.

Llegamos a la línea de **desarrollo de soportes en las áreas financiera y de desarrollo institucional y participación**

Favorecer la costo efectividad del gasto

Mantener equilibrio presupuestario

Entramos al **soporte desde el Area Financiera**. Si realmente queremos conseguir más recursos para la sociedad, si queremos facilitarle el trabajo al Subsecretario de Redes y a los jefes de División, cuando van a defender los presupuestos ante el parlamento y ante el Ministerio de Hacienda, lo que tenemos que hacer es usar eficientemente los recursos, demostrar los resultados, cuidar el equilibrio presupuestario. No es bien visto pagar la deuda sanitaria con plata de los proveedores, y tarde o temprano te pasan la cuenta y terminas haciendo menos. Eso es lo que no ha enseñado la dolorosa práctica. Así que más vale ser responsable fiscalmente y priorizar y cumplir para poder conseguir más recursos a futuro, de lo contrario puede resultar al revés.

Después están las áreas de **desarrollo institucional y participación**. Son aquellas cosas que si no hemos logrado desarrollar no nos van a permitir trabajar en red, y por tanto no nos van a permitir a su vez satisfacer a nuestros mandantes o clientes. Las áreas de desarrollo institucional que hemos priorizado y colocado en el mapa, son las siguientes

Desarrollo de infraestructura y recursos físicos

Desarrollo y gestión del recurso humano

Desarrollo de normativa y cultura de RED

Desarrollar sistemas de información

Involucrar a la población en mecanismos de participación

Desarrollo de la Infraestructura y los Recursos Físicos. Evidentemente si no avanzamos en construir los Consultorios que nos faltan para cerrar la brecha de Consultorios, Centros de Salud, en aquellos lugares altamente poblados será muy difícil tener un modelo preventivo y promocional con énfasis ambulatorio. Por eso el próximo año vamos a construir cerca de 33 establecimientos en distintos lugares del país, y nos va a quedar un remanente para cerrar estas brechas de infraestructura que tenemos en la Atención Primaria.

Equipamiento hospitalario: cuando uno mira en globo, ese es probablemente la otra gran brecha que tenemos para el cumplimiento de las garantías. Entendemos que a nivel nacional la brecha de infraestructura hospitalaria es menor, sin perjuicio de que hay algunos lugares donde es indispensable un nuevo hospital o por lo menos una "manito de gato" al que existe. Muchos me van a decir, que para un mapa estratégico de su Servicio se debieran sacar los Consultorios porque ya están y colocar el Hospital. Estamos disponibles para eso.

Respecto al **desarrollo y Gestión del Recurso Humano.** Necesitamos un recurso humano comprometido con la Reforma y que tenga las capacitaciones y las capacidades para cumplir con la Reforma. Determinamos que había, a priori, tres grandes vacíos. En los equipos de Atención Primaria, nos faltan médicos. Equipos tenemos bastante, pero muchos de ellos no tienen la capacidad resolutoria suficiente. Médicos con prestancia clínica, capacitados, ojalá médicos de familia o especialistas que quieran trabajar en la atención Primaria. Nos faltan Gestores de Red que sepan gestionar en red, acá me meto yo también, porque esto de gestionar en red se aprende haciendo, no hay un curso; yo he estudiado dos master y en ninguno me han enseñado a gestionar en red, esto se aprende haciendo y me imagino que a muchos gestores de red les pasa lo mismo. Vamos aprendiendo el instrumental que se necesita para ello, por lo tanto tenemos que comenzar a compartir ese instrumental y esas experiencias para gestionar en red. Uno gestiona en red, no necesariamente desde el Servicio de Salud, no estoy hablando del Director del Servicio de Salud, ya que un director de Consultorio también tiene que aprender a gestionar en red, que lo que pasa más

allá de su Consultorio también le importa, que cuando derive al paciente sigue siendo problema suyo. Gestionar en red no es sólo ser el Director del Servicio de Salud, si fuera así sería fácil echarle la culpa a uno solo y está listo. No, cada uno de nosotros gestionando en red. El tema de los Especialistas en regiones, efectivamente sigue siendo una parte vulnerable de nuestro sistema. Si se va el hemato-oncólogo, se nos cayó el AUGE. Prestar atención a tener los especialistas que necesitamos para cumplir lo que estamos prometiendo que vamos a cumplir, es clave. Y hay allí varios, que están con un nivel de vulnerabilidad súper alto. Por tanto, es estratégico cerrar esas vulnerabilidades, en el más corto plazo posible.

Normativa y cultura de red. Esto muchos no lo entienden. Ahí dice desarrollo simbólico, y en realidad es tan simple como que nos sintamos parte de la misma casa. Que no nos mandemos recados, que cuando un paciente va al Consultorio, después va al C.R.S y después va al Hospital, sienta que fue a un lugar que son lo mismo, que entró en una red que son lo mismo. Hoy se sabe que son lugares absolutamente distintos, donde no se conocen unos con otros, que tienen un logo distinto, un trato distinto y lo que nosotros queremos es que realmente nos empecemos a sentir progresivamente todos parte de una misma **red pública de salud**. Este desarrollo va a tomar su tiempo, pero esperamos que se logre, ya que para nosotros hitos como éste son muy importantes.

La cuarta área de desarrollo, clave para cumplir con el funcionamiento en red, son los **Sistemas de Información**. No se puede gestionar en red sin desarrollar mejor los sistemas de información. Esto es clave, porque así con "palotes" como lo hacíamos antes, funciona pero en forma restringida, no da la posibilidad de ampliar oportunidades. Si queremos dar oportunidad tenemos que tener un sistema de información bien desarrollado. Acá tenemos tanto responsabilidad el Ministerio como los gestores de red en la implementación de las herramientas que tenemos. Pusimos tres sistemas que son claves hoy en día: el sistema de recursos humanos, el sistema de información en salud, que sirve para medir los tiempos de espera y lo que es la oportunidad del AUGE, y además pusimos el sistema del SIGFE, que

es el sistema de información gerencial y financiero del Estado. Son sistemas de información claves que tienen que estar implementados durante el primer trimestre en todo el país, que tienen que estar bien implementados y bien usados. El SIGFE ya se ha venido trabajando con dos versiones distintas durante los últimos meses y esperamos que esté estabilizado. Como todos saben, lo vamos a discutir también durante las próximas jornadas, y sería muy importante que sobre eso hicieran llegar sus observaciones, hicieran llegar las necesidades de mejora porque efectivamente unos buenos sistemas de información son claves para el cumplimiento del funcionamiento en red.

El mejor evaluado de los compromisos de gestión, es la **Participación**. Involucrarse en mecanismos de participación con la población. Cuentas Públicas, Consejos de Desarrollo, redes sociales, OIRS (oficinas de información, reclamos y sugerencias). La verdad es que estamos bien evaluados, no porque seamos muy participativos, es porque los indicadores son muy blandos. Así que nos vamos a poner más exigentes con los indicadores de participación. Hoy día se cumple el compromiso cuando se hace la cuenta Pública. Se ve lo hecho y no lo no hecho. La verdad es que la gente pide mucho más. Queremos cuentas públicas participativas, que le digamos a la gente lo que quiere escuchar y no sólo lo que resultó bien. Que invitemos gente en forma abierta, aunque nos venga a retar, como Benito Baranda. O sea, nosotros tenemos que ser capaces de escuchar la voz de los otros para mejorar, para aprender y no escucharnos entre nosotros mismos con temor a la crítica. Eso es abrir canales de participación.

Quisiéramos dejar en claro que cuando uno hace Reforma, cuando uno habla de las Leyes, de la oportunidad, cuando uno mira el video, etc. todo eso después debe traducirse en tareas comunes y corrientes. En una capacitación, en el diseño de un formulario, en firmar una receta, en tareas cotidia-

nas, y si a uno se le olvida como encaja esa tarea común y corriente en todo esto, se pierde. Queremos que cada día sepamos que lo que estamos haciendo, cómo encaja en el entramado global que nos lleva a cumplir la misión, que es mejorar el nivel de Salud de la población a través de un sistema centrado en las personas, que controla los factores que afectan la Salud y refuerza las redes asistenciales, con el fin de resolver oportunamente las necesidades de Salud de la población. Si lo que hacemos cotidianamente contribuye a esto, vamos bien y mientras más rápido mejor. Eso es lo que queremos que vayamos trabajando.

En la División de Gestión de Red Asistencial hemos sometido a consideración de los directivos este mapa estratégico. En general ha sido aprobado, entendiendo que es un esqueleto, que no están desarrolladas todas las interrelaciones, ni los efectos sistémicos que aquí se producen; no está claramente explicitado que hay objetivos que podían ser contrapuestos, que hay objetivos que apuntan en una dirección pero que mal llevados podrían apuntar en otra dirección.

Les ofrecemos un esqueleto de mapa estratégico para que ustedes también nos ayuden a completarlo, y que éste sea materia de discusión en la próxima jornada. Nos interesa que las metas, los medios de verificación, los incentivos y la alineación de todos nosotros en pos de la misión común, sea lo más pronto posible una realidad. Para eso queremos trabajar fuertemente. Sabemos que ustedes lo están haciendo, sabemos que todos queremos hacerlo, por eso estamos aquí.

Se viene la Reforma con todo, la gente espera mucho de nosotros y ojalá que con instrumentos como éste y con el trabajo de las próximas horas, podamos convertir lo que es el discurso y la exigencia, en tareas operativas que nos lleven a sentirnos satisfechos de estar en la Reforma de Salud.

Muchas gracias.

“Desafíos que implica trabajar en redes”

**Dr Mario Ramírez . Coordinador Equipo de Monitoreo Integral Región Metropolitana.
División Gestión de Red Asistencial, MINSAL**

Este último año he hablado particularmente con la gran mayoría de las autoridades hospitalarias del país, de los Hospitales tipo 1 y 2, sobre qué se entiende por el tema del trabajo en red, y hemos conversado de esta suerte de moda que implica que todos hoy día hablamos de redes. Entonces, y a propósito de las presentaciones que hemos escuchado antes, traté de modificarlas, para que algunos de ustedes no se repitieran.

Quiero decirles, para empezar, que este acto y que estas jornadas son realmente espectaculares, particularmente para la DIGERA. Antes se hacía un seminario de Hospitales y se hacía una jornada de Atención Primaria, inaugurar un espacio común nos parece fantástico.

El otro día, conversando con algunos directores de Hospitales, llegamos a la conclusión de que en un Hospital hay más o menos 12 culturas distintas en su interior. Está la cultura de la Urgencia, la cultura del Servicio de Medicina, la cultura del SOME.... Habitualmente, cuando hemos trabajado con grupos de hospitales, una pregunta frecuente es respecto a quién cambia la cultura. La verdad es que creo que la cultura la cambiamos a propósito de estos encuentros. De eso quisiera comentarles un poco y pensando en el título de esta canción, que es breve, pensé que podría llamarse el síndrome de la flecha.

Hay un poeta argentino que en su poesía escribe “la costumbre nos teje diariamente una telaraña en las pupilas”, y yo creo que la Reforma de Salud es un desafío a las telarañas que tenemos en nuestros quehaceres.

Hay de todo de lo que podríamos hablar de redes, pero hay dos conceptos que a mi me parecen fundamentales, por eso me gustaría que los conversáramos, como decía, brevemente.

El primero, y ustedes lo saben, se refiere a que cuando conversamos de redes o conversamos en redes, tenemos un lenguaje común, y cuando yo les pedí que levantaran la mano los de Atención Primaria, los de especialidades o los de Hospitales, no tenemos un lenguaje común aún. Cuando ustedes entran al Red Banc, saben que tienen que hacer determinadas cosas de determinada manera. El lenguaje en la redes es fundamental, y el lenguaje de las redes en salud es la información. No es el yo creo ni lo que yo pienso. Consiste en si tiene usted información o no tiene información. Si tiene información, usted está en condiciones de funcionar en red; si no la tiene, no puede funcionar en red, porque la base para ponernos de acuerdo es la información. ¿Es la misma información que tiene el Hospital la que tiene el Consultorio?, ¿Es la misma información la que tiene el CRS o el CDT, que la que tiene el Hospital, o la que tiene el Consultorio?. No, no es la misma, pero es más, responde a intereses distintos, y nunca tiene que ser la misma, pero si tiene que responder al mismo interés.

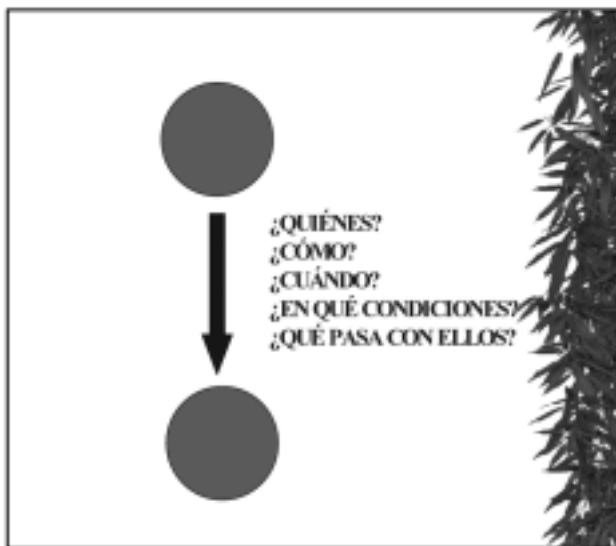
Por lo tanto, el primer concepto es que **necesitamos información**, de que la red usa un lenguaje y ese lenguaje es información y que la tecnología es un apoyo para eso, pero no lo determina.

Siempre hacemos esquemas donde vinculamos un lugar con otro a través de una flecha, y ya es un avance, porque cuando hace algunos años atrás nos preguntábamos por la red de su Servicio de Salud, se enumeraban establecimientos y enume-





rar establecimientos no me dice nada de la red. Ahora ponemos flechas y tenemos un "Síndrome de la Flecha", donde vamos a ver probablemente como se vinculan, por ejemplo, el Consultorio con el Hospital, o con el Centro de Referencia, o con el SAMU, o con el SAPU, y la flecha tampoco significa nada. Lo que les quiero plantear es que el funcionar en red significa ponerle nombre a la flecha: ahora hay que ver cómo se vincula, quiénes se vinculan. Decir cómo se vinculan, cuándo, en qué condiciones y qué pasa con ellos.



En la visita a los hospitales, y en la reunión con los directores de hospital básicamente, cuando preguntamos quién tiene idea como resolver los problemas de salud, casi todos nosotros, los que estamos aquí, tenemos idea. Hablando con el jefe de ur-

gencia de un hospital grande me decía, "pero doctor, yo tengo ideas porque tengo que hacer esto y esto otro, y la verdad es que medicina interna tiene que cambiar". Entonces yo le pregunté cuáles eran las características de sus usuarios, quiénes son, de dónde vienen, qué necesidades tienen, cómo se resuelven. El doctor no sabía, el jefe de urgencia no sabía, los jefes urgencia con los cuales he conversado este tema, no saben. Cuando se les pregunta cómo resolvemos los problemas de salud, casi todos tienen una opinión. Entonces tenemos una opinión por un lado, y por otro, una falta de conocimiento e información con respecto a eso.

Yo les quiero hacer un llamado a no confiar en las flechas, salvo que cuando pongan una flecha coloquen al lado quiénes, cómo, cuándo, y dónde; porque las flechas engañan, y porque se pueden hacer muchas redes en un papel, o se pueden hacer muchas redes en un Power Point.

Hay conceptualizaciones que algunos autores han hecho y ésta me pareció interesante de comentárselas, porque existe una lógica en general en nuestro sector, que se relaciona con una realidad blanda. Esta realidad es aquella donde nosotros, o los juicios subjetivos, tienen una tremenda importancia. "Esto se está haciendo así porque alguien dijo", y si antes se hacía distinto es porque se cambió el director, entonces el nuevo director piensa que se tienen que hacer de esta otra forma. Nosotros tenemos un sector que tradicionalmente vive en una realidad blanda, que cuando yo como director de cualquier establecimiento en salud le pido a cualquier jefe de unidad, en base a la información que tengo, que haga o no haga algo, el jefe de esa unidad me trae otra información que no concuerda con la información que yo tengo como director y entonces hay una descalificación mutua de la información.

Para funcionar en redes se requieren realidades duras, y cuando digo duras no me refiero a inflexibles, sino que digo que las realidades duras trascienden nuestro juicio subjetivo.

Lenguaje común para una red, red en salud, lenguaje en la información.

El acento de las redes está puesto en los vínculos, no en los establecimientos. Por una razón muy simple, que se puede dar ahora: si la información flu-



ye adecuadamente, el Consultorio y el Hospital, para poner dos ejemplos clásicos, se van modificando según la información que recibe cada uno del otro. Por eso que la información es más relevante que las instituciones, y para nosotros siempre ha sido más relevante la institución. Por eso que cuando me preguntaron hace un rato, a propósito de qué era lo importante de las redes, es más importante ponernos de acuerdo que fijar la mirada en cómo estamos haciendo la cosa hacia adentro.

Cuando veíamos el tema de los Hospitales en términos de las diferentes culturas que vivían ahí, pensamos en las diferentes culturas que viven acá, en la macrored, la cultura de la Atención Primaria. Cuantas veces los especialistas, en relación a los médicos ignorantes de la Atención Primaria, hablan de las porquerías de interconsultas que mandan a especialidades. Hasta que medimos las interconsultas que los propios especialistas mandaban a otras especialidades y encontramos que estas eran menos pertinentes que las enviadas por la Atención Primaria.

Información, no opinión. Una realidad dura se basa en datos, los cuales generan información. La información que acordemos en común y no la que a mí se me ocurra, porque mucha gente establece información propia para el circuito interno.

Lenguaje común y reglas. Nosotros somos de una cultura donde si no nos gusta la regla que nos dan, inventamos una para nosotros y nos sentimos felices porque es mejor que la que nos envían y porque la que nos envían está equivocada. Esa es la cultura, yo lo hice como jefe de servicio clínico.

Las redes tienen reglas, y cuando se optó por un patrón de red en vez de un subsidio a la demanda, se dijo que iban a haber redes y que las redes implican reglas. La consecuencia inmediata de esto es que el que no cumple las reglas está fuera de la red. La misión de los directivos es convencer de que las reglas permiten tener visión de red, convencer y obligar como dijo Benito Baranda, pero primero convencer de que es mejor así.



Existen para las redes dos tipos de reglas, unas que son descriptivas, y por eso es muy importante el modelo de atención, y otras que son prescriptivas, que le dicen a uno lo que tiene que hacer, cómo lo tiene que hacer y dónde no tiene que hacer. Entonces si yo tengo un cirujano que opera complejidad mayor en mi Hospital tipo 4, porque el "gallo es choro", estamos mal, porque la cultura tradicional dice que ¡no te pueden creer que eso hacen!, y eso hacemos. El problema es que eso atenta contra las reglas de la red, y si nosotros atendemos a un embarazo de riesgo en condiciones precarias también lo estamos haciendo muy mal, porque ese niño bajo peso va a tener un tremendo costo para el sistema. Pero aquí nosotros podemos, porque con poco hacemos mucho... Esto tenemos que mirarlo con visión de red, no cada uno haciendo mucho con poco, no cada uno aplicando una voluntad tremenda, cayendo en el voluntarismo.

Tenemos un sector tradicional cansado, porque hacemos las cosas poco higiénicamente, porque para trabajar en red tenemos que confiar y no confiamos. Porque para trabajar en red tenemos que identificarnos con los compañeros de trabajo y con los

niveles sucesivos y no confiamos, porque nos sobrecargamos de trabajo, porque el sector salud a nivel mundial es uno de los más complejos que existen y porque el haber optado por trabajar en red no es un capricho, sino que es la única forma que tenemos de abordar la complejidad que hoy en día tiene la salud. No hay otra.

Acá hay un mensaje que es muy claro. Si hay dos establecimientos de complejidad mayor a menos de 100 Km de distancia, probablemente uno tiene que irse. Probablemente a uno de éstos hay que bajarle el perfil, ya que no pueden seguir compitiendo por recursos similares, no pueden seguir peleándose el endoscopio, porque eso no es pensar en red. No podemos permitir que una comisión de neurocirugía para definir los polos de desarrollo nacional haya tenido un trabajo de 12 años, sin tomar decisiones técnico- políticas. Las decisiones hay que tomarlas y hay que asumir los costos de ellas.

Para trabajar en red tiene que existir un orden, ya que, por ejemplo, no todas las maternidades pueden recibir a cualquier paciente embarazada, o no cualquier servicio de emergencia hospitalaria puede recibir y atender de la misma forma a pacientes tan distintos que acuden a los servicios de emergencia. Entonces, con información tenemos que desagregar, y si el 70% de los pacientes que van al servicio de emergencia no debieran haber ido nunca para allá, tenemos que generar una política para que eso no siga ocurriendo. Por esta razón es tan importante caracterizar las demandas. Por eso es tan importante ponerle nombre a las flechas. Yo los reto a que en vez de flechas en sus monos y en los míos, pongamos los contenidos de esas flechas.

No existe una red sin reglas. El que no asume las reglas de la red no está en red. Si van a haber Hospitales Autogestionados como piloto, tienen que estar explícitamente vinculados a las redes con ciertas reglas, los institutos también, y el cuento de qué especialidad no tiene que ver con esta otra especialidad. Como dicen los obstetras, cuando se les pidió que todos los pabellones del hospital fueran gestionados de la misma manera. Tienen que ser gestionados de la misma manera, son unidades que tienen que estar al servicio de ser usados.



Otro concepto que me pareció importante en esta breve reseña, es que el poder transformador no está dado por las intervenciones sino por la capacidad de conexión. La pregunta es ¿Cuán conectados están?. Las transformaciones en un ambiente de red se hacen a través de la capacidad de conexión, no a través de lo que yo hice. Por varias razones, entre otras, es que si uno hace algo y no tiene capacidad de conectarse para contarlo, no sirve de nada. Pero, además, porque ojalá usted haga algo en función de la información que recibe de afuera, porque eso es la retroalimentación. Entonces también es interesante hacerse la pregunta de qué tan conectado estamos entre nosotros, al interior de nosotros, con los niveles de mayor complejidad y con la comunidad. Porque si hay 5 "patas" que hacen la APS hoy día, 3 están vinculadas al ámbito asistencial, y dos de manera muy importante a la promoción y a la prevención. ¿Cómo estoy conectado con la comunidad?, ¿Cómo estoy conectado para transformar?.

Ningún modelo de atención sirve si no da herramientas concretas para hacer y tomar decisiones. Hoy día no hay tiempo para hacer modelos abstractos, que son incapaces de reflejarse en la práctica. A muchos de ustedes ya les contaba que el 18% de la información mundial se reproduce año a año. En 5 años cambia la información mundial o se sobrepone otra a la preexistente y tenemos que avanzar a ritmos extraordinariamente grandes.

Por último, quiero comentarles algo con respecto a la congruencia. Porque probablemente después del lenguaje, y después de las reglas, la congruencia

en la red es muy importante. Es importante porque si nosotros tenemos PPV (Pago por Prestaciones Valoradas), las famosas siglas del sector, y tenemos valoradas que pagan las atenciones de emergencia en los Hospitales, esa es una incongruencia con el modelo y tenemos que cambiarlo rápidamente, porque si estamos re-direccionando los flujos, evidentemente tenemos que tener agilidad en eso.

Entonces, la red no tiene que ver sólo con los que somos directores de Hospitales, ni los de Consultorios. Tiene que ser el sector el que dé congruencia, porque sin red la congruencia no es vital. Pero si yo estoy cambiando una cultura tengo que pesquisar todo lo que no sea congruente con la nueva cultura y cambiarlo rápido, porque mientras nos demoramos se instala otra cultura. Y la cultura son las prácticas, qué creemos, cómo pensamos y cómo decidimos, eso es la cultura. Y cuando me preguntaban cómo se cambia la cultura y si hay un problema cultural, no hay nada que hacer. Y justamente, la cultura es fácil de cambiar cuando tenemos gente convencida de que las cosas se hacen de otra manera, y nosotros hoy día estamos convencidos de que las cosas se tienen que hacer de otra manera, y necesitamos más gente convencida de que eso se tiene que hacer así, y de que la información tiene que ser transparente y tiene que fluir, de que las reglas tienen que existir, sin que coarten la autonomía, la creatividad, sin que coarten la innovación, pero sí tiene que haber un canal claro por donde fluya todo esto y que no sea aleatorio como es hoy día.

Nosotros estamos acostumbrados a contar experiencias, lo cual pienso que es muy positivo, pero esto sería muy distinto en un sistema que ya funcione en red, el ir generando no experiencias sino aprendizaje en red. Así se entiende mucho mejor el concepto de participación, del cual podríamos decir que para nosotros ya no es un valor. La participación no es algo que hoy en día alguien tenga que venir a pedir con el dedo, sino que la participación es hoy en día una estrategia de desarrollo de red. Por lo tanto, el que no haga participación, el que no tenga herramientas y el que no utilice herramientas de participación está perdido. La participación hoy en día ya no es un valor al menos por sí solo, es una estrategia de desarrollo y así podríamos enumerar muchos conceptos como flexibilidad, etc, que están vinculados a estos temas.

Para terminar, quiero invitarlos a que conectemos la salud. A que nos conectemos unos con otros de verdad, a través de una información que nos sirva a ambos. Muchos de nosotros llevamos décadas hablando de los cambios que la salud requiere. Hoy día tenemos una tremenda oportunidad de hacerlo. La invitación es que nos conectemos.

Muchas gracias.



TEMA 2: GESTION DE ESTABLECIMIENTOS EN RED

“Avances en la gestión en red”

Andrea Guerrero y Francisca Toro
DIGERA. Depto Modelo de Atención

Nosotras nos planteamos como Departamento el desafío de hacer una presentación en común de la Gestión en Red, tanto para Centros de Salud como para Hospitales. De esta manera revisamos cuál era la manera más clara de poder presentar algo así, y decidimos tomar áreas transversales que cruzaran estas dos organizaciones o instituciones, y también decidimos mostrarlo gráficamente, por lo tanto vamos a ir viendo imágenes que se van a ir intercambiando entre ambas pantallas.

Vamos a partir, respecto a la redes todo lo que nosotros podamos hacer en gestión de establecimientos, tanto de atención primaria, Centros de Salud como Hospitales, esá en el marco de la Reforma y tenemos que tener muy claro siempre los principios fundamentales de ésta: la equidad, la solidaridad, la efectividad y la eficiencia, la participación, la responsabilidad social y que todo esto implica una transformación cultural.

Tenemos los objetivos sanitarios definidos. Está la herramienta que es el plan AUGE, y dentro de los componentes definidos en la Reforma están las redes asistenciales. De esta manera, le damos el contexto a lo que nosotros queremos abordar, y que el por qué de gestionar las redes y por qué mejorar la gestión en las redes asistenciales a través de los establecimientos.

Cuando hablamos de Redes estamos entendiendo que son las organizaciones que están vinculadas en el proceso de Salud y enfermedad y que interactúan, ya sea al interior de un servicio o también pueden trascender a éste, a un nivel regional o incluso sobre éste a un nivel de macrored.

El trabajo en redes se refiere a una estrategia que es de articulación y que en el fondo busca aunar y sumar esfuerzos de todas las partes para el logro de fines comunes. Esto es parte de un trabajo que se ha realizado y que son los beneficios de trabajar

en redes. Si trabajamos en complementariedad e intersectorialidad se obtiene una mejor capacidad resolutive. Si hay intercambio de colaboración aumentamos la eficacia y la eficiencia. Si las redes son flexibles y dinámicas vamos a lograr una adaptación rápida a las condiciones cambiantes del entorno. Si hay consenso va haber un mayor compromiso y responsabilidad con las metas que nos fijemos. Si las redes son democráticas vamos a tener jerarquías horizontales y si se da esta horizontalidad vamos a tener autonomía de los participantes. Esto quiere decir que, si bien trabajar en red es concertarse, lograr consensos, no significa que se pierda autonomía, sino que se tienen fines comunes.

Participación. El ámbito de la participación es una política pública que necesariamente debe constituirse en un instrumento de diálogo, pero no sólo de diálogo, sino de interacción y de co-responsabilidad entre la sociedad civil y el Sector Salud propiamente tal, tanto en la toma final de decisiones como en el quehacer cotidiano, eso significa compartir el poder.

Nosotros planteamos cuatro áreas relevantes en este ámbito, en esta mirada de red en conjunto desde el mundo ambulatorio y hospitalario. Desde el mundo de la atención primaria que tiene que ver primero, con la importancia y relevancia que tiene el control social sobre los distintos determinantes del Sector Salud, entendiendo por estos todos aquellos elementos que tienen que ver con el proceso de salud y enfermedad. El control social, a la vez, debe ser un elemento central en la gestión en Salud, en el cómo nos planteamos no sólo en el quehacer en lo clínico y técnico sino también en la gestión administrativa. Cómo el ejercicio de la rendición de cuentas y el diseño nos permiten ir rediseñando en conjunto estas políticas y adaptándolas a las necesidades de las personas Bien lo planteaban las po-

nencias anteriores, qué pasa respecto a lo que dice la gente sobre sus necesidades en Salud; ésto tiene que ver con reconocer las capacidades que ellos mismos tienen y las competencias para los cuidados y la protección de la Salud por ellos mismos, y por tanto, a lo largo de toda la red asistencial. Esto se experimenta y explicita fundamentalmente a través de la generación de esta interlocución, de esta relación entre la ciudadanía y el ámbito formal del poder, buscando una nueva relación Estado.

Por otro lado, reconociendo las competencias de la comunidad, fundamentalmente desde ser un tejido articulador social para la implementación de las políticas de Salud. En este tema y en este ámbito en que la ciudadanía y la civilidad va asumiendo conciencia de sus derechos en Salud, no sólo los va exigiendo, sino que se van haciendo responsable de ellos para que, de alguna manera, también hacerse responsable de los deberes que le competen.

Respecto a la decisión participativa en la toma de decisiones, es como cuando por ejemplo, años atrás todos sabíamos que hacer con el problema materno-infantil o con la tuberculosis, y como nos adaptamos nuevas mirada en el ámbito de la Salud Sexual Reproductiva, un tema tan relevante hoy día. En el fondo, cómo nos adaptamos a esos cambios desde el ámbito de la toma de decisiones y del poder de la comunidad, pero también como surgen los nuevos temas, como la violencia intrafamiliar, tiene que ver el enfoque de la acogida desde la familia. Hoy en día hay una nueva mirada de las patologías cardiovasculares, nuevos problemas de Salud, como los vamos enfrentando, en definitiva, como creamos estrategias innovativas.

Hoy día qué hacemos en participación, hacemos las famosas Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias, hacemos Cuentas Publicas, avanzamos en el compromiso colaborativo con las redes, hacemos redes comunitarias empoderadas y cuidadoras de sus propias comunidades en Salud, cómo avanzamos en el ámbito de los Consejos de Desarrollo y Consultivos en términos de las toma de decisiones.

En atención primaria hoy día, el 92% de los establecimientos a la fecha tiene OIRS, el sector Sa-

lud tiene como 1.000 OIRS, en 1.000 establecimientos en toda la red, sin embargo hay otros Ministerios que tienen una por región, es decir hay una dimensión distinta para evaluar un mismo programa de mejoramiento de la Gestión. Del 92% de los establecimientos, sólo el 60% de ellos tiene influencia en las respectivas direcciones donde están estos establecimientos.

Nos encontramos con que tenemos los instrumentos, están allí, pero no nos abocamos a hacerlos participes de la toma de decisiones. El 45% de las OIRS, menos de la mitad, es grado 3, eso significa que se está gestionando, que se ha incorporado, a lo menos, la gestión del reclamo en términos de las demandas de las personas y la respuesta que esto significa en la toma de decisiones posteriores. Otro tanto pasa con los Consejos de Desarrollo, por seguir enumerando, 230 centros de Salud de los 450 del país tienen plenamente constituidos y funcionando los Consejos de Desarrollo, pero curiosamente sólo en tres Servicios de Salud de los 28 hay Consejos Consultivos en que está la participación de los usuarios. Entonces, las instancias o las instituciones en sí mismas no nos sirven si eso no refleja efectivamente lo que está sucediendo.

Es importante resaltar lo que ha significado en el año 2003, todo lo que fue el consenso, cómo avanzamos en estas categorías o en estas nuevas innovaciones de técnicas respecto a lo que es el consenso ciudadano. Se realizó por primera vez respecto a la ficha clínica, la Primera Conferencia respecto a tomar acuerdos en común. Aquí hay elementos súper centrales como que los contenidos de una ficha clínica son de absoluta y única propiedad del usuario y del dueño de la información, sin embargo la ley nos mandata a ser nosotros los responsables y custodios de la ficha clínica que sostiene esas informaciones; entonces, la pregunta es: ¿quién toma las decisiones en el minuto determinado respecto a los temas?.

Así también, hemos ido avanzando en el ámbito de la intersectorialidad, para ir generando desde otras organizaciones espacios en el ámbito participativo y social.

En el ámbito hospitalario, lo que se refiere a algunas instancias de participación es un desafío, pero tam-

bién una obligación para los Hospitales tipo 1 y 2, y la ley y el reglamento que se van a aprobar próximamente sobre establecimientos de autogestión en red. De esta manera, se tienen que implementar Consejos Consultivos de Usuarios, donde se incorporaran representantes de la comunidad y trabajadores que tienen que asesorar al director en la planificación del establecimiento, además de estar formalizado y tener un funcionamiento sistemático. Este es un tremendo desafío para los Hospitales. En un taller que realizamos entre los meses de abril y junio, fuimos revisando todos los requisitos que establece la ley para llegar a la calidad de autogestión, observamos que había bastante resistencia por el temor de que la participación les pudiera provocar problemas, sin verlo como una oportunidad para entregar un mejor servicio. Se hizo una auditoría a Hospitales tipo 1 y 2, en una muestra de 34 Hospitales; en ella quedó demostrado el bajo cumplimiento de este requisito y sus áreas, o sea, todo lo que uno pudiera evaluar a través de un Consejo Consultivo estaba bajo, como por ejemplo, si está integrado por trabajadores, por la comunidad vecinal, si tienen acta, etc. En 24 de estos 34 Hospitales, que son parte de la muestra estudiada, no existe una instancia de participación; esto es un 70%, y de los 10 Hospitales que sí la tienen, hay problemas en cuanto a los representantes de la comunidad.

En lo que se refiere a los OIRS, que están definidas por un decreto Presidencial y donde el Ministerio se comprometió a conformarlas, aún así en el reglamento de establecimientos de autogestión esto está determinado para los establecimiento tipo 1 y 2 como un sistema que efectivamente tiene que recoger las inquietudes de los usuarios, y mejora la calidad de la atención.

En el mismo estudio de las auditorías, se ve un cumplimiento bastante mayor que lo que se analizaba anteriormente, sin embargo, cuando analizamos por componentes hay algunos que igual tienen más bajo cumplimiento, que es lo que Francisca mencionaba antes, en muchos casos tenemos las herramientas pero estas hay que ir las perfeccionando, de manera que den cuenta de los objetivos para los cuales fueron planteadas.

En cuanto a la Cuenta Pública, hay un porcentaje mayor al 90%, pero al igual que el parámetro ante-

rior, cuando se analizan los componentes que debiera involucrar esta cuenta pública, hay algunos, especialmente los que tienen que ver con la participación, que están muy bajos. Como el primer punto de la evaluación incluye encuesta, participación social, participación de usuario y la comunidad. Por lo tanto, una vez más, esta herramienta no sólo sirve que esté cumplida, sino que a la vez sirve para los objetivos para los cuales fueron creadas.

Los desafíos para el área de participación y de toda la red, es ir creando espacios para la colaboración de las redes comunitarias asistenciales; el reconocimiento de la competencia de la comunidad en el cuidado de su Salud y democratizar la información; que las personas tengan acceso y sientan el derecho que tienen a la información; fortalecer estas instancias que ya se han instalado de manera que sean útiles y estén alineadas en un objetivo común de la red.

En el ámbito de la Gestión del Recurso Humano, ustedes ven allí la fotografía de la formación de una galaxia. Si uno va al centro hay una nebulosa, es pura luz que confluye, sin embargo, cuando empezamos a afinar nos damos cuenta de la multiplicidad de colores, de brillos, de formas y de tamaños de cada una de las estrellas que la constituyen. Así como las redes del cielo, que poníamos al inicio, queremos decir que el recurso humano es parte constituyente de este cosmos, y esencial para los pilares que nos sostienen y que necesitamos. En este sentido, nosotros planteamos que hay ciertas competencias esenciales en el equipo de Salud, en el entendido de un equipo de Salud plenamente capacitado, multidisciplinario, transdisciplinario, capaz de crecer día a día, y hacer procesos de reflexión, de autocrítica, creativo que implementa innovaciones en el cotidiano.

La interrelación de estas competencias que se plantean en ciertas áreas relevantes, las dimensionamos necesariamente desde los distintos campos de actividad. Nosotros distinguimos seis áreas centrales en ese sentido, y que tienen que ver con el área de las comunicaciones, los conocimientos en el ámbito epidemiológico y la Salud pública, la prevención, la promoción, desde el enfoque integral y continuo y esto lo planteamos desde el contexto de toda la red, no es para unos u otros, y como inserta-

mos también el ámbito del desarrollo de competencias en el ámbito comunitario. Allí se refieren algunos de los elementos y ámbitos centrales de estas competencias que nosotros planteamos que se requiere en el contexto del desarrollo del recurso humano, para nosotros en la red asistencial, en los establecimientos. El cómo cada uno de estos ámbitos de competencia de alguna manera a su vez dan cuenta de elementos fundamentales para el logro y la consecución de los objetivos que les planteamos al inicio, como pudieran ser el acceso a la oportunidad, la continuidad, la resolutivez, la eficiencia.

Lo ponemos en el ámbito de las competencias puesto que la mayoría de los equipos humanos, de los profesionales de nuestro sector, es gente muy capacitada, muy formada, pero no necesariamente por eso cuenta con las competencias necesarias para efectivamente desarrollar los desafíos que se nos vienen. Especialmente en el ámbito de lo social, sin saber de lo social. Ir al ámbito de los liderazgos, entendiendo los liderazgos en distintos sentidos, no sólo en los formales.

Para ello hemos generado lazos con el mundo universitario para poder avanzar en conjunto. Curiosamente lo hemos hecho desde el área de adquirir destrezas en el adulto ya entrenado, ya formado. Lo hemos hecho en el ámbito del profesional que va a especializarse, pero todavía nos falta hacer un trabajo formativo en los pregraduados.

Estrategias que hemos utilizados, como la educación permanente para la Salud, como programas de apoyos para esta gestión de red, en el cómo debemos fortalecer desde los equipos gestores al interior de las instituciones para enfrentar, desde sus propios problemas las soluciones y capacitarse en la búsqueda de esas soluciones en conjunto, para poder hacer un aporte y cumplir un rol articulador al interior de sus equipos de trabajo, con problemas básicos que nacen de su propio diagnóstico. Por primera vez se ha hecho el esfuerzo de formar directivos en la red, los 8 servicios que están participando en esta experiencia del Diplomado de Gestión en red, puedan dar cuenta del esfuerzo que ha significado juntarse a diagnosticar, a dialogar, a planificar, a evaluar en conjunto desde las problemáticas y desde el mismo ejercicio de evaluar juntos.

Este enfoque de formar en la acción, en el cotidiano, es una estrategia innovadora, que se planteaba muchos años atrás respecto a donde adquirir las competencias, más que los conocimientos por sí mismo. Cómo es entonces que en este rol las universidades con los Servicios de Salud avanzan en un proceso de aprendizaje en conjunto. Lo importante es que está centrado en los equipos naturales.

Formación flexible a la distancia; nuevas estrategias educativas, a través de la distancia. En este programa se está trabajando con TELEDUC, en donde los mismos monitores y tutores ya no son los miembros de la universidad, son los mismos profesionales de los Servicios de Salud, formándose como tutores de los mismos equipos de la realidad local Hospitalaria en la atención primaria, en que lo más importante es que en el contexto de ellos, nace la necesidad de los procesos y se conforma el curso, cierto está que esto tiene ciertas directrices centrales. Nosotros estamos trabajando esta experiencia para el tema de la referencia y la contrarreferencia, esa es una problemática a resolver, desde allí, la formación que se requiere en el contexto de la red para buscar las estrategias y los mecanismos de solución. Es aprender cómo un problema se transforma en una oportunidad de aprendizaje conjunto y de perfeccionamiento y, a su vez, cómo también fortalecemos los equipos directivos y ejecutivos de los niveles regionales y provinciales de los Servicios de Salud, validándose como tutores de sus propios equipos, en la búsqueda de soluciones.

En el marco de la Atención Primaria todo lo que significa la formación del recurso humano, tenemos cinco estrategias fundamentales. Aquí hay que hacer un énfasis en la importancia de la transformación del modelo de atención que ya empezó hace diez años, y que hoy día es un imperativo para toda la red asistencial. Cómo este modelo de atención nos permite ir ambulatorizando cada vez más la atención y a su vez dándole la capacidad resolutivez y la cobertura que requiere. Fundamentalmente, buscamos fortalecer la posibilidad de planificación y coordinación al interior de los establecimientos de la red, para actuar de forma más eficiente en la solución de los problemas y las demandas y necesidades de Salud de las comunidades.

Se está trabajando actualmente con 93 centros de Salud Familiar acreditados dentro del país, dentro de los cuales 14 de ellos son Centros Formadores para su propia red regional y para el resto del país. A partir del segundo semestre de este año comenzaron a incorporarse profesionales de los Hospitales 4, establecimientos dependientes del Servicio. Hemos hecho una alianza con seis Facultades de Medicina, con las cuales se ha conformado un mesa conjunta de trabajo en donde las demandas y necesidades del sistema de Salud se han puesto en la mesa. Allí surgen los Diplomados para los profesionales en Salud familiar, las Pasantías Nacionales, las Pasantías Internacionales para los funcionarios de la Atención Primaria y todo lo que tiene que ver con la formación más específica a distancia para los médicos.

Más allá de lo planteado por Francisca, que es la formación de recursos humanos que se ha abordado en red, existe un desafío importante para los Hospitales en el marco de la nueva ley y que van a recibir todas las atribuciones para la gestión del recurso humano. Están preparados, lo han realizado y en realidad los resultados que nosotros hemos visto en las autoevaluaciones y en las auditorías es bastante diverso, por lo tanto es un desafío tremendo el tomar las distintas áreas de la gestión del recurso humano y poder avanzar en ello.

En las distintas áreas de gestión de recursos humanos, lo que hemos visto es muy diverso en el desarrollo, y por lo tanto las direcciones, los directivos y los equipos de trabajos de los establecimientos van a tener que poner un esfuerzo común en que estas áreas se desarrollen de manera más homogénea y poder cumplir con los requisitos que está pidiendo la ley y mantener además a un equipo cohesionado que responda a los objetivos de los establecimientos y de la red.

Los desafíos en términos de gestión de recursos humanos es que estén siempre alineados con otras herramientas y con metas sanitarias o metas de la red. Tenemos que evaluar los resultados para ver su impacto, y debemos desarrollar nuevas acciones y fortalecer estas nuevas acciones de formación a distancia.

Otro ámbito de la gestión es la oferta y la demanda, un poco complejo cómo buscar los equilibrios, cómo establecer las necesidades reales. En la Atención Primaria se viene desarrollando en los últimos

diez años, pero fuertemente a partir del año 2000 una serie de estrategias para abordar este elemento, conocida inicialmente como Plan Filas o Plan de Mejoramiento, que además irrumpe fuertemente el modelo de atención como una herramienta y una estrategia fundamental de organización, ya no sólo del sistema operativo sino del cómo hacemos, a través de la sectorización y de los equipos de Salud por sector, equipos de Salud que se hacen cargo de la población, de las necesidades de un sector y de buscar las diferencias que se requieren por responder.

Algunos antecedentes al respecto: ha ido evolucionando en el tiempo desde la perspectiva de poder satisfacer la demanda las extensiones horarias medicas y odontológicas, como hoy día estamos cercanos al 90% de cobertura. Respecto de las atenciones medicas, incluyendo ya Hospitales 4, tenemos prácticamente el 50% de los establecimientos, todos de atención primaria municipal y los Hospitales 4. Lo mismo ocurre con la atención odontológica, como vamos avanzando crecientemente, alrededor del 85% de los establecimientos tienen ésta atención. Durante estos tres años se aumenta la oferta de atención, en esto de buscar los espacios para las demandas de la gente y generar efectivamente accesos como una barrera importante a superar para poder establecer un modelo distinto de atención. Necesariamente si nosotros no tenemos cubiertos algunos de los elementos básicos como son: la accesibilidad a la atención médica y odontológica, primera demanda en nuestras comunidades, no podemos avanzar en otros ámbitos.

Otra estrategia son las líneas 800, esto es oferta o es demanda, es un espacio, es demanda en cuanto generamos un acceso y una oportunidad a la gente y acercamos la oportunidad de acceder a la solicitud de una hora, sin embargo qué pasa con la oportunidad de dar esa hora. Hoy día el 37% del total de atención que se pide es agendada por la línea 800; esto no es menor cuando se habla de más de 15 millones de atenciones en un año, sin embargo entendemos que aún es poco. Ahora, de los que llaman y se logra contestarles el teléfono, porque de los que llaman sólo alrededor de un tercio se le contesta la llamada de todas las que se revisan, de

las llamadas contestadas, el 93% obtienen su hora, es decir, que dentro de la eficiencia que tenemos estamos siendo medianamente eficientes. No sacamos nada con tener muchas líneas más, si no tenemos una capacidad de oferta mayor.

Respecto a las listas de espera, el 98% de los establecimientos tienen su sistema instalado, sin embargo sólo el 95% tiene un comité operativo para la gestión de esas listas; no sirve sólo tener la lista instalada, si yo no opero y trabajo con ella, cuando yo pido que se haga un informe, efectivamente debe haber una reflexión y una búsqueda de solución. Todavía existen brechas, tenemos los instrumentos y no los utilizamos, generamos los espacios y nosotros mismos no los aprovechamos.

En el contexto país, en el monitoreo de este año, el 90.9% de resolutivez se otorga en la Atención Primaria, es decir que el mito de que la Atención Primaria derivaba mucho y lo hacía ineficientemente, no es tan así. Llama la atención servicios que tienen una resolutivez bastante por sobre de la media, uno podría plantearse si es que hay problemas de registros o si efectivamente es donde están los comités más instalados. Cuando medimos la pertinencia de las derivaciones, que tiene que ir necesariamente de la mano, nos encontramos que el 87% tiene una pertinencia adecuada. a juicio de experto, es decir, a juicio de los mismos especialistas. Nuevamente derrumbamos otro mito respecto a que derivamos cualquier cosa, esto no es así. También existen servicios que tienen un 100% de pertinencia nos parece interesante, habría que preguntarles cómo ha sido el proceso de capacitación y desarrollo de esos equipos.

En el ámbito de las especialidades y de atención ambulatoria, respecto a nuestros CDT, CRS y CAE, éstas instancias también tienen sistemas implementados de lista de espera, los están empezando a gestionar, y han empezado hacer procesos de priorización de la demanda, analizando qué pasa con la lista de espera de 60 días, que es el compromiso que tienen. Hay avances interesantes, pero aún nos falta. Ellos tienen implementado su sistema de registro en un noventa y tanto por ciento, sin embargo, el 68% de ellos otorga cupos a la Atención Primaria para su propia administración, es decir, todavía tenemos una brecha.

Cuando hablamos de la participación y compartir el poder de responsabilidades tiene que ver con el sector, en esto de ver los distintos ámbitos de acción; y cuando entregan los cupos deben priorizar y generar protocolos, solo el 80% los tiene actualmente. Entonces, difícilmente si no hay ese trabajo de encuentro vamos a avanzar más en este ámbito de transferencia. Ahora cuando se preguntaba respecto a quién realizaba los protocolos de priorización, en la mayoría de los casos se realizan en el mismo CDT o CRS, sin trabajar conjuntamente con la atención primaria.

A septiembre del 2004 hay 5 millones de consultas en la atención ambulatoria de especialidades en el país. De estos 5 millones de atención alrededor del 30% es decir, un millón cuatrocientos y fracción son consultas nuevas, definida la consulta nueva como el paciente que consulta por primera vez, que toma contacto con el sistema o con ese servicio. En este contexto, sólo la mitad de las consultas nuevas son de atención primaria.

El desafío es cómo el nivel secundario da respuesta a las necesidades de Atención Primaria y aquí observamos que el país da un 82% de respuesta, entonces en la reflexión podríamos decir que estamos "harto bien", porque resulta que dando un 15% de consultas nuevas a la Atención Primaria, tenemos un 82% de atención para la Atención Primaria, medidos desde los servicios de especialidad ambulatoria.

¿Está la Atención Primaria registrando todo?, ¿está la especialidad ambulatoria registrando y acogiendo todo? O es que ¿está informando la respuesta de la necesidad de los cupos ya otorgados? Aquí hay un tema, ¿estamos comprendiendo de forma distinta lo que registramos y lo que hacemos?, esto es importante de destacar. El Servicio Metropolitano Sur Oriente o el Servicio Metropolitano Norte, nos dicen que ellos tienen sobre un 95% de respuesta a las necesidades de la Atención Primaria, si esto lo vemos con el cuadro anterior de las listas de espera, éstas son las listas de espera más largas. Aquí también se debe hacer una reflexión respecto a los datos que generamos y la información que estamos usando.

En el ámbito de procedimientos trazadores, endoscopia y ecografía abdominal, sin comenta-

rios, el 52% de las personas esperan más de 60 días, entonces un podría decir respecto a la endoscopia ¿cuántos de esos pacientes que esperan más de 60 días, cuando llegan después el resultado es sin hallazgo?, porque también conocemos que los procesos son autolimitados.

En el ámbito Hospitalario queremos revisar también gestión de oferta y demanda, sin a lo mejor llegar a diferenciar, porque en muchos casos las estrategias se juntan y son tanto de gestión de oferta y de demanda.

Queríamos hablar de herramientas de gestión clínica en este contexto, y al hablar de esto quisimos diferenciar dos objetivos finales que buscamos a través de las estrategias que se están implementando, que vienen ya intencionadas hace un tiempo, pero que por los resultados que nosotros observamos son un tremendo desafío. Uno tiene que ver con que la atención esté centrada en las personas, que sea continuo, equitativo y de calidad, y el otro tiene que ver con orientar el quehacer y los procesos hacia una gestión clínica moderna y hacia un uso eficiente de los recursos. En relación a eso, una de las líneas principales es la atención progresiva, aquí el avance es bastante rudimentario porque es un trabajo que requiere un diseño muy específico, no hay un modelo para todos los Hospitales, cada Hospital debe desarrollar y diseñar sus niveles de complejidad, ver la forma de gestionar sus camas, definir estructuras, definir capacitación y difusión a todos los integrantes de su organización, evaluar lo que ocurre en cada uno de estos niveles de complejidad.

Es fundamental la articulación que se tenga con la red para poder efectivamente dar esta atención centrada en la persona, procurar alternativas de hospitalización; y esto se relaciona con lo anterior, respecto de qué manera la red de hace cargo de aquellos pacientes o usuarios nuestros que no tienen porque estar en el Hospital, darles alternativas y reconocer en ese sentido, la capacidad de la familia y de la comunidad para recibirlo y hacerse cargo de la Salud de los individuos. Debe hacerse una medición sistemática y una evaluación periódica de los resultados. Esto, si bien ha sido un lineamiento desde el Ministerio, creemos que es un desafío tremendo en el que hay que avanzar y

que seguiremos intencionando los próximos años.

En cuanto a la ambulatorización, es otro tremendo desafío, yo quiero mostrar un estudio que llegó a mis manos del Hospital Regional de Rancagua. Este estudio refleja lo que yo les planteaba respecto a que falta mucho por hacer. Ellos estudiaron los egresos de los distintos servicios y vieron la potencialidad de que estas prestaciones hubiesen sido dadas de forma ambulatoria. En cirugía vemos que cerca de un 38%, traumatología un 44%, otorrinolaringología un 86% y oftalmología un 71%, es decir, si aquí hacemos un trabajo serio se puede avanzar, no es un imposible, y de hecho si ya se están haciendo este tipo de estudios, perfectamente podemos replicar e ir avanzando en distintas estrategias, con definiciones, y con cooperación entre los distintos establecimientos.

La cirugía mayor ambulatoria, que es uno de los temas que planteaba el doctor Temes en la mañana, según datos que se recogen del compromiso de gestión hasta octubre del 2004, a nivel país tenemos con cirugías mayor ambulatoria un 14%. Vemos un funcionamiento bastante heterogéneo entre los Servicios de Salud, pero el que está con un mayor cumplimiento tiene un poco más del 25% y si lo comparamos con lo que nos contaba el doctor Temes, que ellos han llegado a un 40% o 50%, o lo comparamos con una experiencia que tuvimos la oportunidad de ver en California que llegan a un 70%, vemos que falta mucho trabajo por hacer.

Otro aspecto, es la Hospitalización Domiciliaria, que es otra estrategia que está centrada en la persona, que pretende dar una atención más humanizada y mejorar el uso de los recursos del Hospital; esto implica una mayor educación y darle mayor autonomía a la familia y al individuo en el cuidado de su Salud. Queremos entender esta estrategia como parte integral de una estrategia mucho más global que tienen que ver con todos los cuidados domiciliarios. Nosotros hace un tiempo tuvimos una reunión entre personas que trabajan en servicios de Hospitalización domiciliaria o cuidados domiciliarios de la región metropolitana y nos contaron su experiencia, donde hay una amplia gama de estrategia de desarrollo, que van desde el cuidado domiciliario hasta la Hospitalización domiciliaria, con niños que requieren ventilación mecánica y

que se hacen cargo los equipos de UCI para cuidarlos y atenderlos.

El otro objetivo que yo les mencionaba tiene que ver con el uso eficiente de los recursos, además que estas estrategias estuviesen centradas en las personas, tienen que necesariamente estar vinculadas con un buen uso de los recursos. Este gráfico se los muestro porque también es parte de la evaluación que hicimos en los Hospitales tipo 1 y 2 en las auditorias, y muestran en cuanto a la organización interna que hay muchos aspectos que fueron evaluados que están bien desarrollados o más o menos desarrollados, en general lo que tiene que ver con aspectos clínicos, cuando se le pregunta a estos jefes clínicos sobre identificación de los costos, identificación de la demanda, identificación de sus usuarios, el cumplimiento es muy bajo, por lo tanto vemos lo que también mencionaba en doctor Temes en la mañana, esta desvinculación o divorcio entre la gestión de la clínica con la administración de los recursos. En la medida que siga esta desvinculación vamos a seguir teniendo resultados que no son el óptimo.

Esta es una transparencia que plagué de una presentación de los Directivos de Instituto Nacional del Cáncer, y la tomé por la experiencia que ellos han tenido en definir centros de responsabilidad. Lo que yo hice fue cambiar la unidad, porque en realidad el nombre que le pongamos como por ejemplo, unidad de gestión, centro de responsabilidad, unidad funcional, en realidad no tiene mayor relevancia y de hecho la ley y los reglamentos van a darle bastantes atribuciones al director del Hospital para que se organice en la forma que el encuentre más eficiente, pero si lo que buscamos, y que este diagrama lo refleja muy bien, es que esta gerencia o esta jefatura tiene que ver con una forma integral de administrar sus recursos, y no sólo ver el aspecto clínico, sino también los recursos humanos, equipamientos, tecnologías, servicios, pacientes, normas y protocolo, calidad, costos y facturación. De esa manera es lo que queremos intencionar es que a la vez que la atención sea de buena calidad y centrada en las personas obtengamos un buen uso de los recursos, los que por supuesto son escasos y que debemos optimizar al máximo.

Desafíos en este aspecto, tanto en Atención Primaria como en Hospitales, es que los centros de Salud tengan un trabajo sectorizado, que estén identificadas las listas de espera en todos los puntos de la red, los protocolos para la referencia y la contrarreferencia, que se gestione pero que se mire la demanda, que tengamos conocimientos de los usuarios, de lo que nos están demandando, que haya una evaluación de las Intervenciones y de la resolutivez de cada uno de los componentes de la red, que los usuarios fluyan a través de la red y que se comparta la información.

Otros desafíos importantes y que tienen que ver con lo que nosotros planteamos en el inicio respecto al cómo se hace la gestión de redes, es que las relaciones sean horizontales, que entre los integrantes de la red haya confianza y que estén en cierta forma validando lo que hace la otra institución que no se dupliquen los esfuerzos, que las debilidades que se identifiquen en uno de los componentes sean apoyadas, sean analizadas en conjuntos y sean superados y que los cuidados de la Salud se otorguen en el lugar más apropiado.

Respecto a la calidad, es un tema puesto para nosotros en el conjunto central. En la Atención Primaria a lo menos tenemos tres elementos centrales que dan cuenta de la medición y el seguimiento en la calidad: la ley N° 19.813, que tiene que ver con el desempeño colectivo de los funcionarios, que si bien da cuenta de las metas sanitarias de alguna manera también nos pone en evidencia respecto a la calidad final de los procesos que ellos desarrollan. Todas las evaluaciones y monitoreos que hoy existen de los distintos programas de reforzamiento, respecto a los centros de Salud familiar con su proceso de evaluación y monitoreo continuo, con deficiencias por cierto, cada día se están perfeccionando.

Constituyen desafíos todo lo que tiene que ver con el procedimiento de aplicación de los estándares y encuestas de calidad para la Atención Primaria, en la que hemos trabajado en conjunto con la comisión de calidad del Ministerio y con algunas áreas predefinidas. También, lo que tiene que ver con el desafío de generar el sistema de evaluación para el plan de Salud con Garantías.

Desde el mundo de la visión Hospitalaria, la experiencia de excelencia Hospitalaria que ya viene del año 2002, versión 2004, en la que se han capacitado todos los directivos de Hospitales tipo 1 y 2, con muy buenos resultados en todo lo que significa la implementación de planes de mejora; y el PECA, que es la versión para el mundo Hospitalario de los estándares en terreno, que ya están en aplicación y que tiene alrededor de ocho experiencias y validaciones en terreno en el año 2004 y que pretende seguir avanzando el próximo año en los Hospitales 1 y 2 y con su versión en la Atención Primaria.

Tanto las áreas de excelencia, como en el PECA algunas son confluyentes. La importancia radica en que estamos trabajando en estas áreas en forma sincronizada y conjunta, de alguna manera coordinada, para ver como se potencian en un ámbito y en otro los distintos elementos que vamos evaluando, sobre todo en la experiencia de la excelencia Hospitalaria en que ya tenemos algún proceso más desarrollado.

Las platas, "peso a peso en el chanchito". En la Atención Primaria ustedes ven como en el año 1995 el 89% de los recursos eran vía per cápita, hoy día sólo el 62%, el resto a través de una multiplicidad de programas que se han ido incorporando para reforzar la gestión en la Atención Primaria. Pero los desafíos que se nos plantean tiene que ver con retomar el peso que este per cápita tenía ya en el año 1995, pero también como reformulamos este sistema de pago para hacernos conscientes del desarrollo del modelo de atención. Por tanto, como acogemos un Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar, con sus prestaciones al interior del financiamiento de un Plan de Salud, que incorpora la promoción y la prevención también como parte constituyentes de él y no como elementos apartes.

Con toda la flexibilidad que esto significa para los gestores locales en términos de la administración de los recursos, pero no sólo los recursos, sino que además cómo generamos los mecanismos de ellos, generar sistemas de incentivos por el buen cumplimiento de la administración de esos recursos de acuerdo al marco legal que hoy día tenemos, aquí les lanzamos la tarea a los gestores de red; cómo incorporamos también como desafío para nosotros

los establecimientos de Atención Primaria dependientes de los servicios de Salud a un sistema de financiamiento como éste.

Si ustedes ven en el mundo Hospitalario 1 y 2, en la auditoria que se realizó en 34 Hospitales, nos encontramos con que uno de los elementos centrales es la deuda, el pago a 60 días, cómo el equilibrio financiero entre los ingresos y los gastos siguen siendo las dos grandes debilidades. Sin embargo, en los otros ámbitos hay bastantes avances en temas más contables, en los sistemas de compras, en los sistemas de las unidades de responsabilidades se ha ido trabajando firmemente.

En definitiva, cómo tomando dos elementos centrales que tienen que ver con el presupuesto que tengo y el plan de desarrollo presente, a su vez estos elementos tienen que conversar entre ellos para poder ir planificando los ingresos y los gastos, que me permiten ir monitoreándolos para poder ir haciendo correcciones y cumplir con las planificaciones que tenemos. Y cómo esto se imbrica con el sistema de información, en términos de que lo tengamos cuando lo necesitamos y no en 60 días después o 90 días después, por tanto ahí podemos tomar decisiones si ya pasó el plazo. Esta gestión de información necesariamente tiene que ser coherente con la información que el sector hoy necesita, para esto hay un plan director mayor de informatización. Este plan director, con tecnología informática nueva y apropiada para el sector, está en marcha, hay un proceso de licitación para la red ministerial de telecomunicaciones, y también empezamos un sistema a prueba piloto para 75 establecimientos de la red primaria en este sistema; cómo ponemos la informáticas en red. Todo esto a través de portales, call center, etc, una serie de estrategias que nos permiten mantenernos comunicados, no sólo en el sistema informático entendido como el ámbito computacional.

El SIS sabemos que ha generado grandes dolores de cabezas para todos, sin embargo entendida más como una herramienta de gestión. No es del AUGE, es del sistema de todo el sector y esto significa hacernos cargo de ello, cómo cargamos la información para lograr resultados relevantes que después nos servirán para tomar decisiones y cómo

estas aplicaciones de alguna manera entre ellas son reconocidas a nivel local.

En esta misma auditoría en el mundo Hospitalario nos encontramos con que existe un buen nivel de informatización de los procesos en los niveles locales Hospitalarios, por ejemplo, sin embargo, si ustedes se fijan en el control de la gestión esa informatización implementada con registros que otorga el sistema, no se utiliza. Tampoco nos sirve para gestionar los plazos y los cumplimientos que nos hemos dado o la información a los tiempos que necesitamos, porque la información la cargamos nosotros mismos y allí esta, no la usamos como herramienta de gestión, en otros ámbitos sin embargo, sí nos sirven como estrategias especiales de unidades, para determinados sistemas de apoyo de gestión específica, pero no para toma de decisiones mayores. Y lo que es más complejo y tiene relación con lo que planteábamos antes, son los sistemas desarrollados a niveles locales que hoy día no conversan con otros niveles; cómo hacemos entonces para que ese espacio confluya.

Las últimas de las áreas que quisimos abordar tienen que ver con la planificación en red. Planificar en red no implica que todos vamos a planificar lo mismo, sino que vamos a tener un norte común. Quisimos poner algunas gráficas, que nos gustaron y que definen que la planificación va a estar en los establecimientos de autogestión en red, los que vayan obteniendo esta calidad y previo a eso deben hacer el ejercicio, establecimientos de Atención Primaria y establecimientos de menor complejidad, en la medida que vayan obteniendo esa calidad también será exigible.

El hecho de poner estos dibujos tiene que ver con que si bien cada uno va a definir sus prioridades y sus actividades y tareas, debiera haber una visión como la estrella como aparece en el dibujo. Esto es un tremendo desafío para el gestor de red, ya que lo más probable es que cada uno de estos componentes, si no tienen una dirección, un liderazgo importante, es difícil que lleguen a confluir en algo que a todos les haga sentido.

Quisimos también definir algunas de las características que tiene que tener esta planificación y que en el caso de los hospitales es un tremendo desa-

fío, además porque está establecido en la ley y en los reglamentos que se van a aprobar, y que cuando hicimos la autoevaluación y las auditorías del cumplimiento de estos requisitos, es que hay un bajo cumplimiento de lo que es la planificación estratégica. Si pensamos que en realidad para hacer una planificación no se necesitan recursos adicionales, son los directivos los que deben de alguna manera ponerse de acuerdo y reunirse en forma sistemática y definir que es lo que se busca, cuál es el objetivo y alinearse, en el caso de los establecimientos con los de la red, y la red en cuanto a los objetivos nacionales u objetivos sanitarios. Por eso quisimos tomar esto, que si bien está muy explicitado en la ley, es válido para cualquier plan de desarrollo, como para cualquier planificación estratégica, tiene que ver con que esté actualizado, porque nos hemos encontrado con planes en algunas evaluaciones en que sí existe un plan de algún servicio o de algún establecimiento. Hicimos un plan en el año 2001 y lo tenemos, pero en realidad el plan para efectos de gestión no nos sirve, si ya han pasado dos años. Debiéramos planificarlo año a año, que sea laborado participativamente. Vimos todo el ámbito de la participación y de qué manera usar la información que nos entrega la comunidad interna y externa para mejorar los servicios y mejorar la atención. Este plan de actividades debe ser anual y debe incorporar el plan de inversiones y debe ser congruente, ambos con el plan de desarrollo que nos propongamos, debe ser conocido por la comunidad. Muchos planes están guardados en cajones y en realidad eso no sirve.

Todo esto tiene que ser concordante con las políticas, planes y programas de la red asistencial y esto, además, es un desafío para la red, porque en muchos casos en que los establecimientos están comenzando a hacer su planificación. Entonces, es difícil para los que hemos sido evaluadores, ver cómo lo evaluó, si en realidad no van a cumplir con este requisito y entonces hay que tomar algunas decisiones respecto de los instrumentos. Este no sólo es un desafío para los establecimientos, sino que es un tremendo trabajo que debe hacer el gestor de red a través de algunos instrumentos, y quisimos enumerar dos de los instrumentos que nosotros identificamos como principales para llegar a programar en red. Creemos que este es un elemento

efectivo de conducción de los procesos y se debe avanzar por etapas en nivel, de hospitales y de ahí adecuarlo a la necesidades de la Atención Primaria, debe haber una participación de los equipos de salud para que haya un compromiso con él, debe haber una evaluación de las actividades. Pensamos que esto no debe ser rígido, sino que cada red debe definir cuál es la herramienta que mejor le sirve para sus objetivos.

Este es el flujo que se ha definido para la programación para el año 2005, que es uno de los lineamientos que se quiere establecer y que tiene que ver cómo en el centro está el gestor de red asesorado por el consejo de integración de la red, que tiene sus insumos que son los objetivos sanitarios, un diagnóstico participativo, la evaluación que haga la red y orientaciones y objetivos de la red. Esto lleva un análisis de la brecha en base a la estimación de la demanda y de la oferta y un plan de adecuación de mi oferta en relación a todos los antecedentes anteriores, y esto debiera definir un programa para cada establecimiento y para la red, en definitiva.

Otra de las herramientas que son de la estructura que ya empezaron a funcionar y que se han desarrollado, a lo mejor en forma muy heterogénea, es el Consejo Integrador de la Red, nuestra intención es fortalecerlo, seguir acompañando en este proceso de instalación y que una vez que los reglamentos en-

tren en vigencia va a ser una obligación. Es de un carácter asesor, tiene que revisar la coordinación adecuada de la red, tiene que asesorar los mecanismos de referencia y derivación y contra derivación y va a estar formalizado en cuanto a su funcionamiento. Este consejo de integración de la red, tiene integrantes de toda la red y eso es lo que rescata el que sea un instrumento para realizar la planificación y dentro de la planificación todas las áreas de gestión que nosotros vimos anteriormente. Además de que esta compuesto por los representantes de los componentes de la red, hay un espacio para consultar de quien este consejo considere necesario, y de esta manera deja en cierta forma una puerta abierta a sumar a quienes la red considere que es importante considerar, sean ellos comunidad, sean otros establecimientos, sean otros niveles de los establecimientos y le da esa flexibilidad.

Para terminar, queremos reflexionar que todo lo que se ha mencionado implica hacer red desde la diversidad; creemos que hay que identificar la competencia y los valores y las capacidades de cada uno de los componentes, desde la comunidad, profesionales, de las instituciones, de la cultura de cada una de estas organizaciones, pero es factible aunar los esfuerzos cuando nos centramos en las personas y en un objetivo común. Creemos que eso es posible y en esa medida tratamos de seguir intencionando todas las estrategias que nos guían hacia allá.

Experiencias de Trabajo en Red con la comunidad

“Consejo de Participación Social en el Servicio de Salud Talcahuano”

Ingrid Fontalba. Servicio de Salud Talcahuano

Buenas tardes, con orgullo hoy estoy acá. Aprovecho de felicitarlos a todos ustedes. El sentido de estar acá con el tema de participación, contarles cuál es la experiencia de Talcahuano que está marcada con un sello de calidad, y que tiene un premio de Innovación en Ciudadanía que otorga la Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza. Es en este marco en el cual quiero entregarles la presentación del Consejo de Participación Social del servicio.

Talcahuano es una jurisdicción que está integrada en la Provincia de Concepción donde existen dos Servicios de Salud, yo creo que es único en el país. Nuestro servicio tiene la ruta de la Salud, que es una ruta a nivel marítimo, hay una ruta del mar que está integrada por las comunas de Talcahuano, Penco, Tomé y la recién creada comuna de Hualpén. Tiene una red de Salud con siete establecimientos del nivel primario de atención, la mayoría Centros de Salud Familiar y la mayoría dentro de la comuna de Talcahuano, uno en Penco y uno en proceso de acreditación, como es el Centro de Salud Familiar de la comuna de Tomé. También cuenta con tres Hospitales, uno de baja complejidad como es el Hospital de Lirquén de la comuna de Penco, uno de muy alta complejidad que es el Hospital base de Talcahuano, Hospital Las Higueras. Además está el Hospital de Tomé, que tiene adosado un consultorio de especialidades.

Esta es la jurisdicción de nuestro Servicio de Salud. Es una superficie pequeña en relación a los otros Servicios de Salud de la provincia y de la región, pero que abarca un alto porcentaje de población urbana con un 70% de población beneficiaria del sistema público de Salud.

Es en este contexto es en el cual se inscribe nuestra experiencia de Consejo de Participación Social, que tiene como base tres grandes ejes. El primero de ellos es la participación social enmarcado dentro de las políticas sectoriales del sector Salud, y

es así como a partir del año 1990/ 1995 tomó bastante fuerza el programa de Salud con la Gente, que fue una instancia de desarrollo a nivel Ministerial, que fue reconocida como una de las actividades que aún se mantienen en nuestro servicio, y que tiene un reconocimiento de las organizaciones sociales que allí participan. También en ese mismo año, se crearon con bastante fuerza en el Servicio de Salud los Consejos de Desarrollo hospitalario, que fue también una propuesta Ministerial y que agrupó a todas las instancias de la comunidad en los tres Hospitales de nuestra jurisdicción.

También en el año 2002 se empezó a trabajar el tema de la Reforma de Salud, con una amplia convocatoria a las organizaciones sociales. Esto fue con la Ministra Bachelett, donde cada uno de nosotros pudo ir desarrollando el tema a nivel de la Reforma y crear estas instancias de trabajo con la comunidad que fueron respondiendo y consolidando.

La Modernización de Estado, fue el tercer eje básico para desarrollar fuertemente el tema de participación con los compromisos del sector Salud, y también ese año, el 2002, salió la propuesta a nivel de país de la participación social, con los lineamientos de políticas locales implementadas por el propio Servicio de Salud, en el sentido de querer trabajar con la gente, con un desarrollo fuerte en el tema de Promoción de la Salud, trabajando en instancias locales reconocidas, como por ejemplo la comuna de Talcahuano, con la fuerte alianza Municipal y con el alto desarrollo de instancias comunitarias, como los comités de Vida Chile, nosotros fuimos incorporando y consolidando el tema en el Servicio de Salud.

A nivel de contexto institucional, nosotros asumimos el tema de participación como una línea estratégica del Servicio de Salud, y que constituye uno de los ejes básicos, junto con el desarrollo del Recurso Humano, y también con el desarrollo de la red asistencial. El año 2002 se trabajó una propues-

ta con los dirigentes sociales, el Director del Servicio y la plana gerencial de Salud, para trabajar un plan estratégico en participación. Eso fue una puerta abierta, que es lo que se debe rescatar de esta experiencia en el sentido de poder ir señalando entre nosotros, entre los técnicos y entre las organizaciones, cuáles eran los puntos críticos para avanzar en participación en el sector Salud. También señalar que allí se obtuvo un compromiso de trabajo en conjunto con las organizaciones, el Director de Salud y toda la red de Salud.

El objetivo de la experiencia del Consejo de Participación es fortalecer y desarrollar la participación ciudadana en la gestión pública, profundizando en las prácticas democráticas, fortaleciendo el rol ciudadano con capacidad de propuesta de deliberación y de empoderamiento. El objetivo final es el control social y la supervisión social en Salud.

Respecto a los logros en la política pública, podemos señalar la estrategia de participación social como una instancia que está desarrollada a través de un documento donde se encuentran las áreas críticas, los planes de mejora y el desarrollo en el tiempo, con actividades y tareas que se van monitoreando para ver su cumplimiento en el tiempo. Señalar que así se constituye el Consejo de Participación, está el Servicio de Salud a un costado los Hospitales y los Centros de Salud con toda la red, pero también está el Consejo de Participación, el Consejo de Desarrollo en los Hospitales y los Comités de Salud en cada uno de los CESFAM.

También se incorporó a esta experiencia una área que a veces no trabaja mucho en Salud como son las Uniones Comunales de Juntas de Vecinos y las Uniones Comunales de Agrupaciones de Salud, que también hoy existen. Todas estas instancias conforman el Consejo de Participación Social del Servicio de Salud de Talcahuano, que agrupa a las cuatro comunas. En total son 14 organizaciones comunitarias y 4 institucionales, entre las cuales se cuenta el Director del servicio, la jefa de unidad de participación y el área de comunicación, que es muy importante.

El Consejo fue fundado el 13 de junio del año 2003, y ya ha pasado por dos etapas. Primero hay toda una etapa de integración en el año 2002, a través

de la firma de un compromiso y de un plan de trabajo, luego en el 2003 ya se integra activamente y se participa en la gestión de Salud, a través de un plan estratégico que yo les contaba y también a través del CIRA (Consejo Integrador de la Red Asistencial), donde están participando dos dirigentes sociales a ese alto nivel estratégico y de decisión. Las estrategias para alcanzar los objetivos sería incorporar a los representantes de las organizaciones sociales, en las instancias decisionales de Salud, tanto en los Consejos técnicos, como en el CIRA y también en algunas áreas de desarrollo y evaluación de proyectos del área social de Salud.

Otras estrategias para alcanzar los objetivos del Consejo y del plan de trabajo, fue entregar recursos financieros. Por primera vez se destinó, con bastante esfuerzo, recursos desde el Servicio de Salud; si bien venía haciéndose por otras vías del Ministerio, esta vez en el presupuesto del Servicio de Salud se dejan recursos para fortalecer a las organizaciones sociales de salud.

El generar espacios de encuentro, de intercambio, fue una tónica del trabajo que se ha ido desarrollando a nivel de todas las instancias.

Para entender el plan de desarrollo estratégico del Servicio de Salud, tendríamos que preguntarnos ¿cómo entendíamos la participación en Salud?. Para ello hubo unas jornadas de discusión y de análisis donde técnicos y directivos, integrantes de las organizaciones sociales y de los gremios definieron esta participación social como un proceso colectivo mediante el cual nos hacemos parte en la expresión de las necesidades, generación de ideas, toma de decisiones, formulación de acciones y evaluación de los programas y políticas en Salud, utilizando todos los medios disponibles y creando los espacios necesarios en dicho proceso. Esta fue la base de nuestro trabajo que orientó el quehacer del Consejo.

En el plan estratégico se definió qué nos impedía avanzar, se hizo un análisis entre los directivos, los gremios y los integrantes de las organizaciones sociales, y para cada una de los nudos encontrados se plantearon tareas y responsables en el tiempo; ello se ha ido midiendo y tienen su cierre en el plan estratégico del año 2006: Estilo de trabajo paternalista, escasos recursos financieros destina-

dos a la participación, falta de reconocimiento y apoyo a los dirigentes sociales, la participación entendida como solamente entregar información, proyectos exitosos de acercamiento de la comunidad no se constituyen en programas, las dificultades de los técnicos para entregar poder, la falta de capacitación, de metodologías innovadoras en el tema de participación, falta de capacitación en participación social, ausencia de una línea en el servicio, falta desarrollar también las coordinaciones con otros sectores.

La inclusión de los dos dirigentes sociales con derecho a voz y voto en el CIRA, ellos en un principio señalaban que escuchaban una serie de términos que a veces no entendían, pero que poco a poco han ido desarrollando su capacidad de propuestas, y ellos mismos han ido desarrollando una pauta, un glosario de términos para acercar los vocabularios.

Respecto a la falta de recursos financieros destinados a la participación social se obtuvo un fondo de tres millones de pesos, para lo cual se definió un área de participación en las diferentes organizaciones en general. Eso fue el año pasado y se pudieron financiar cerca de 17 proyectos o experiencias. Este año, el área fue dirigida especialmente a lo que tenía que ver con capacitación de dirigentes sociales de las organizaciones que están participando con nosotros en los diferentes Consejos de Desarrollo hospitalario o en los Comités locales de Atención Primaria.

La falta de reconocimiento salió en una de las áreas críticas, hubo una tarea que se definió con ellos, que fue un simple pase para que ellos pudieran acceder al hospital. En un principio, visitando a familiares o socios de su organización, pero la idea es, y en eso están, que puedan acceder también como una forma de control social en el sentido de ver procesos internos.

Otras áreas de desarrollo planteadas por el Consejo de Participación Social fue el modelo de recetas tipo. Si bien a veces no entendían la letra de algunas recetas por ilegible, ellos idearon (y en algunos Hospitales base ya estaba en marcha) un modelo tipo de receta, que tiene para la persona que no puede leer un marcador de las horas en las que la persona deba tomar su medicamento.

La ruta de la salud fue otra instancia a nivel de trabajo intersectorial que significó un avance bastante superior al que nosotros pensábamos. Esto fue que en el consejo de participación algunos de sus integrantes fueron incorporando instancias que no estaban trabajando con nosotros, como por ejemplo, la empresa de taxi buses. Lograron incorporarlos, sensibilizarlos, y trabajar en el tema de obtener un pase o un boleto con el que se pague y se vaya al consultorio o al centro de salud y también se pase al hospital base, todo esto con un sólo pago de boleto. Este fue un proceso que escapa al sistema de salud, que pasa por otras instancias como la Municipalidad, las SEREMI de Salud y de Transporte. Esto fue realmente un logro muy importante que se está evaluando.

A nivel de Compromiso de Gestión en el presente año y en una de las áreas de interés de los dirigentes sociales fue el cáncer de próstata. Este tema fue instalado dentro del consejo de red como una de las áreas de desarrollo y fue planteado por ellos, el nivel de decisión fue incorporado, analizado y escuchado y está siendo parte del plan de salud de nuestro servicio.

Estos fueron algunos de los avances, pero debemos señalar también los aprendizajes que nos han llevado a esta experiencia que es la validación de ella, de la metodología, de las formas de hacer, de los instrumentos tanto de la comunidad como de nosotros de una planificación participativa. El hecho también de afianzar vínculos horizontales y ser un poco pioneros del trabajo en red con las organizaciones sociales y nuestra red de salud.

Identificar las nuevas áreas críticas. Acá los técnicos debemos ser también humildes en el sentido de aceptar lo que la comunidad está demandando. Es así como en la mañana, en la exposición de Benito Baranda, el alerta en algunas cosas importantísimas, nosotros también tuvimos que hacer un trabajo horizontal, trabajar por la comunidad y también asumir e incorporar ciertas áreas críticas que ellos veían y que al final se consensuaron como las que nos impedían avanzar en el tema de participación ciudadana.

También alfabetizar en salud, en los dos sentidos, es decir, a ellos mismos al integrarse al CIRA,

como también nosotros, al reconocer las diferentes formas de trabajo comunitario y la forma especial que tienen de relacionarse y de hacer sus prácticas.

Los desafíos que son trabajar en presupuestos participativos. Está la intención y la decisión del Director de Servicio y de todo su equipo de trabajar en el tema de presupuestos participativos. Si bien los fondos de salud vienen totalmente definidos, yo creo que en un 80%, ese 20% restante se quiere trabajar y desarrollar el tema de presupuestos participativos, más que nada en un modelo de gestión participativa, el cual necesita de todo un proceso de capacitación tanto de los dirigentes sociales como de los técnicos.

También las firmas de compromiso institucional, hay un convenio entre el Ministerio de Salud cubano y el Ministerio de Salud chileno que está en proceso. También hay instancias de investigación

en la participación social que se está trabajando con la Universidad de Madrid. Esta es una muy buena instancia de desarrollo considerar la parte académica que a veces no está muy al alcance nuestro, o no nos damos el tiempo de ir revisando y registrando nuestras experiencias, ni viendo desde el mundo académico cómo se puede mejorar, independiente que uno está en el quehacer.

El premio de Innovación en Ciudadanía que recibimos de la Fundación para la Superación de la Pobreza durante este año, fue un proceso tremendo entre visitas y preguntas, pero a la vez muy innovador y enriquecedor para nosotros. Tanto a nivel de la región, como del Intendente y la SEREMI de Salud, porque este premio hay que darlo a conocer y analizarlo en conjunto, a nivel regional, en donde existe mucha fuerza de trabajo a nivel de participación ciudadana.

“Ciudadanía Rural en el Consejo de Salud de la Comuna de Cañete.”

Dr. Manuel Monsalves, Servicio de Salud Arauco

Agradezco la invitación que realizó la Gestión de Red Asistencial del Ministerio de Salud y especialmente a Nora Donoso por esta invitación.

A mi lado esta Rolando Sánchez, él es enfermero universitario de origen cubano, con un magíster en Salud Pública, y un magíster en Enfermería Comunitaria, quien está a cargo de la Unidad de Promoción y Participación Social de nuestro servicio. Como ustedes pueden ver, la idea es poder presentarles en un inicio nuestra red asistencial.

Nosotros estamos dedicados a la provincia de Arauco, es un territorio de 5.000 Km cuadrados, tiene 157.000 habitantes y, como ustedes pueden ver, ahí tiene 7 comunas, que son las comunas de Arauco, Curanilahue, Lebu, Los Álamos, Cañete, Contulmo y Tirúa. Tiene un 40% de su población bajo la línea de pobreza, tenemos un 12% de nuestra población de origen mapuche, y cerca del 30% de nuestra población rural, y tenemos una red asistencial constituida por 5 recintos hospitalarios, de los cuales uno es un hospital tipo 3, cuatro recintos son hospitales tipo 4 y tenemos 6 establecimientos de Atención Primaria de salud municipal, más 32 postas.

Yo me voy a alejar de lo que me pidió estrictamente Nora; ella me pidió enfocarme en la experiencia particular que ganó el Premio a la Innovación Ciudadana, pero me alejaré un poco de esta petición, ya que yo voy a intentar responder respecto a la participación social, tarea estratégica del Servicio Salud Arauco; tratar de responder por qué la hemos convertido en una tarea estratégica, cómo lo hemos hecho, y tratar de mostrar algunos resultados que nosotros creemos que hemos logrado al interior de nuestra red asistencial.

En este contexto, como estamos hablando de redes asistenciales, si bien nosotros somos una red asistencial, también tenemos que tener una mirada de red en torno a nuestro entorno estratégico, allí hicimos un pequeño resumen sintético de lo que podría ser una mirada del entorno estratégico, por-

que la pregunta es ¿qué es una organización? Y nosotros entendemos por organización una comunidad que convive y que tiene objetivos comunes, pero que para sobrevivir y desarrollarse necesariamente tiene que establecer compromisos, promesas, alianzas con otras organizaciones, con otras comunidades. Dentro de ese entorno, sin duda, la comunidad la hemos definido como un actor muy relevante, y por lo tanto hemos definido políticamente la creación de una alianza estratégica con la comunidad de nuestra red asistencial.

Definido esto, la pregunta es cuáles son los insumos, el contexto teórico, que va a sustentar la creación de esta alianza desde la perspectiva del Servicio de Salud. Primero está la modernización del Estado, que da cuenta de cómo pasamos de esta concepción de usuario, que busca oportunidad, calidad, satisfacción, a también un concepto de ciudadano que tiene inquietudes, que tiene aspiraciones y que quiere participar en la identificación de los problemas que los afectan, y que también quiere participar en el desarrollo de las soluciones de los problemas que lo afecta, es decir quiere participar en la toma de decisiones; por lo tanto, dentro del marco de la modernización del estado está el concepto de transformar al usuario en ciudadano.

Segundo contexto es la Reforma de la Salud, que definió varios ejes estratégicos, los objetivos sanitarios, el régimen de garantías, el nuevo modelo de atención, la modernización de la red asistencial, pero también, para el logro de los objetivos estratégicos, definió sobre los objetivos sanitarios una línea estratégica en el ámbito de la participación social: se definió que para el logro de los objetivos sanitarios de la década las estrategias de la participación social constituían una estrategia importante y relevante.

El instructivo presidencial sobre la participación social siempre es bueno recordarlo. Dos informes del Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, que son muy interesantes, el del año 1998 y el del año 2000. El del año 1998 en particular, porque

es como un sustento del cual surgen una serie de estrategias de participación social, porque en ese informe se habla mucho del desencanto o de los miedos de la sociedad chilena y se busca identificar cuáles son las causas de ese desencanto y de esos miedos, considerándose un país, que desde el punto de vista general, ha tenido un gran crecimiento, avalado no sólo al interior de nuestro país sino también internacionalmente.

Acá aparecen ciertos elementos, uno sobre el cual estamos actuando a través de la Reforma, que tiene que ver con las inequidades; porque el estado de bienestar es siempre subjetivo y depende del nivel de la sociedad en la que uno esté. Por lo tanto, cuando no puede acceder con calidad, con oportunidad a los servicios de Salud, se produce malestar. Pero en segundo lugar, pareciera ser que en este desarrollo de la modernidad, de todos los sectores, incluido el nuestro, se ha tendido a desoír las subjetividades de las personas, sus intereses, sus sueños; y nosotros desarrollamos políticas en las cuales no está incorporada esa subjetividad, ni en el diseño, y muchas veces tampoco en la implementación, lo cual le quita eficacia a las políticas sanitarias que nosotros desarrollamos. En segundo lugar, allí también se habla de la ruptura de la red social o de los vínculos sociales que también se toma como un base de estrategia para reconstruirlo. La competitividad entre distintos actores hace que la red de colaboración se vaya rompiendo y ese es un tema que se busca reparar.

En este contexto, se crea la unidad de participación social en el Servicio de Salud Arauco, en el mes de marzo del año 2003, y se nombra como encargado a Rolando Sánchez, entregándole un conjunto de profesionales que complementan un conjunto de competencias que nosotros estimamos necesarias. Esto se junta con la creación de la unidad de participación social en el Ministerio de Salud, que fue en mayo o agosto del 2003.

En este contexto, también incorporamos esta perspectiva de planificación estratégica dentro de nuestro mapa estratégico. Una red asistencial que define su misión y su visión, define un mapa estratégico que está dividido en perspectivas y en objetivos estratégicos, entonces se van incorporando un conjunto de perspectivas que permiten tener una mirada integral

de la red asistencial. Incorporamos la perspectiva del usuario, donde colocamos objetivos de satisfacción y pertenencia cultural; la perspectiva personal, donde incorporamos la motivación; la perspectiva financiera y el equilibrio financiero; la perspectiva de los procesos, colocamos la modernización de la red asistencial como el objetivo más emblemático; aprendizaje y desarrollo, donde colocamos la generación de competencias, la generación de sistemas de información; e incorporamos dentro de este mapa estratégico una perspectiva de participación social, donde instalamos desde un inicio dos elementos que nos parecieron relevantes como objetivos, que son buscar la construcción de espacio de la comunidad en la toma de decisiones en el sector Salud y buscar una estrategia que nos permitiera, a través de la educación comunitaria, crear redes sociales. Este mapa estratégico al parecer lo vamos a tener que actualizar. El doctor Fábrega presentó hoy en la mañana un mapa estratégico del Ministerio que nos obliga a revisar este mapa estratégico. Como ven, todo esto lo cruzan las prioridades sanitarias que son nuestro principal negocio, si es que así pudiéramos llamarlo.

A partir de eso, definimos tres estrategias de trabajo: focalizar esfuerzos de los consejos de desarrollo que estaban contruidos alrededor de nuestros establecimientos asistenciales, tanto Hospitales como establecimientos de Atención Primaria de Salud municipal; construir una red de monitores de Salud; y los diálogos ciudadanos. La primera línea estratégica, los consejos de desarrollo, estaban orientados a vincularse, con el dar espacio para la toma de decisiones, ésta era la mirada que estaba detrás del fortalecimiento de los consejos de desarrollo. Los monitores de Salud estaban tras la mirada de construir una red social de colaboración con el sector Salud que permitiera incidir en los factores condicionantes de la Salud. Los diálogos ciudadanos tienen que ver con la reconstrucción de un discurso colectivo o de un proyecto colectivo en términos de poder rescatar un conjunto de iniciativas que muchas veces están aisladas dentro de la comunidad en un mismo territorio, a veces hay una junta de vecinos, a veces hay un club deportivo, hay un centro de madres, hay un sindicato de cesantes y todos tienen aspiraciones distintas y pelean por separado por sus aspiraciones y pareciera ser que a veces tienen un problema de saneamiento

to básico que se transforma en un proyecto colectivo para todos y por lo tanto permite reconstruir allí esa red social.

En términos de resultados, en forma bastante breve, la asesoría metodológica y fortalecimiento de los consejos de desarrollo nosotros los hemos potenciado fundamentalmente a través de las herramientas metodológicas, hemos incorporado el marco lógico como una herramienta de análisis de nuestros consejos de desarrollo de manera de entregarles una herramienta de identificación de problemas causa- efecto y de transformación en un árbol de medios y fines, y de una matriz que permita medir efectivamente el plan de trabajo a los cuales ellos han llegado. La formación de monitores, hasta el momento hay 178 monitores formados al interior de la provincia que se están vinculando con cada uno de los establecimientos asistenciales de nuestra red. Intercambio de experiencias, aquellos consejos de desarrollo que se han democratizado al interior de nuestra red asistencial han recorrido otras comunas para demostrarle la experiencia particular, y dos experiencias muy simbólicas: una es la del consejo rural de Cañete y la otra es del consejo de desarrollo hospitalario del Hospital de Curanilahue. Otro logro fue el primer Consejo de Participación Social que se realizó en diciembre del 2003, con una alta concurrencia, aproximadamente 250 dirigentes de toda la provincia de los consejos de desarrollo y también de monitores que participaron en este congreso de participación social. Tenemos 11 consejos de desarrollo, de los cuales seis están en este momento democratizados, todavía tenemos la tarea pendiente, estamos a mitad de camino. Hay ocho escuelas de líderes que surgió a partir del congreso de participación social; ésta fue una demanda solicitada por los dirigentes de los consejos de desarrollo, y estas escuelas de líderes van orientadas fundamentalmente a entregar herramientas de liderazgo, de trabajo en equipo y de conocimiento del sistema de Salud. Nuestra red asistencial tuvo la fortuna de participar en la segunda conferencia mundial de Salud Pública, también en el ámbito de la participación social, por lo tanto nos correspondió la "desagradable" tarea de ir a presentar esto a Puerto Rico.

El fortalecimiento del comité de Salud rural de Cañete, que a su vez está vinculado con el Premio

a la Innovación Ciudadana. Hay cinco experiencias de Salud que ganaron el premio a la innovación ciudadana, de los cuales uno recibió una mención especial en el ámbito de la Salud, que fue justamente la experiencia del consejo de Salud rural de Cañete. La ganó, entendemos nosotros, porque reúne varios requisitos. Hay tres "instituciones" que lograron sentarse en una mesa, que son el Servicio de Salud de la Municipalidad de Cañete y el consejo de Salud rural de Cañete; fueron capaces de poder combinar y negociar los distintos intereses, los intereses de la comunidad fueron incorporados dentro de las decisiones del sector Salud en esa comuna en particular y eso contribuyó a cambiar significativamente las posibilidades de acceso y condiciones de Salud de la comunidad rural.

Presentación de Video

El año 2003 fue creada la unidad de promoción y de participación social en Salud cuyo principal propósito ha sido y es el de validar la participación ciudadana en temas de Salud de la red asistencial. Nuestro interés es que la comunidad organizada sea parte de una alianza estratégica para enfrentar los desafíos de una Salud con equidad y solidaria en nuestra provincia. Hemos considerado que nuestra ciudadanía, a través de su dinámica de organización social, sea parte de la elaboración, gestión y control de los planes y acciones de Salud en cada establecimiento de la red asistencial. Bajo este marco, se implementó un Plan Estratégico para adquirir conocimientos de las necesidades reales de la Salud comunitaria; formar y rescatar en el ámbito comunal, los monitores de Salud comunitaria con capacidad de asumir acciones integrales de Salud; lograr mayor intersectorialidad en la confección y desarrollo de los planes comunales de participación social; hacer más efectiva la participación de la comunidad en los consejos de desarrollo; y conocer los logros y las deficiencias en los trabajos comunitarios de las distintas organizaciones sociales de la provincia.

Para el logro de estos objetivos se implementaron y ejecutaron talleres de identificación de objetivos de Salud y elaboración participativa de planes de desarrollo; asesoría metodológica en la elaboración

de los planes de consejo de desarrollo; realización de jornadas de identificación y elaboración de un plan de intervención en participación social con los establecimientos de la red; intercambio de experiencias de participación social con otras comunas; asesoramiento en un plan estratégico de Salud rural en la comuna de Cañete; y dinamización y reestructuración de los comités de Salud rural. Este plan ha permitido que se haya iniciado un proceso de colaboración con la *DAS* y las municipalidades, que se ha reflejado en acuerdos comunes para lograr los objetivos y resultados programados. Además, la implementación de un programa de formación de monitores de Salud comunitaria.

Todo esto se traduce en la realización del primer congreso de participación social en Salud, efectuado en Cañete, con una masiva concurrencia de delegados acreditados provenientes de los consejos de desarrollo y líderes comunitarios de toda la provincia; realización de una muestra comunitaria en la plaza de armas a cargo de 50 monitores que participan en los talleres de capacitación; preparación y elaboración de diseño del primer consejo de desarrollo que se democratizó en la provincia en un encuentro social el día 5 de Enero del 2004, en el Hospital de Curanilahue. Esto significa que la comunidad elige al presidente del consejo dentro de sus miembros, quien a su vez formará parte del consejo técnico del Hospital con derecho a voz y voto.

Este resultado ha formado parte de un estilo de trabajo realizado por la unidad de promoción y participación social en Salud, en donde los procesos de participación son un resultado en sí mismo.

Otro de los hitos más significativos fue cuando la fundación para la superación de la pobreza, a través del programa de ciudadanía y gestión local, premió al Consejo de Salud Rural de Cañete, otorgándole el premio especial en Salud. Lo anterior, debido a la experiencia exitosa de este consejo.

En tanto, las líneas de acción actualmente en ejecución son la formación de monitores en Salud comunitarias, talleres de líderes, asesorías metodológicas a los consejos de desarrollo, formas de convenios de trabajo colaborativos con los monitores en Salud, democratización de los consejos de desarrollo, plan de promoción de la Salud, proyecto de la Organización Panamericana de la Salud, con la implementación de un modelo de gestión participativa.

Otro de los objetivos de la unidad de participación social para el próximo año, será el construir una red provincial de consejos de desarrollo, donde su presidente se incorpore al consejo integrador de la red. Así, de esta manera el Servicio de Salud Arauco implementa efectivamente la participación en salud de la provincia.

“Red de Centros Comunitarios de Desarrollo Integral Comuna de Los Lagos”

Carlos Mora. Depto. de Salud Municipalidad de los Lagos

La comuna de Los Lagos es una comuna pequeña dentro de la provincia de Valdivia, con aproximadamente 20.000 habitantes. Existe un 60% de ruralidad, sin alguna característica étnica muy distinta, mas bien una población homogénea, a diferencia de los expositores anteriores.

Este proceso se inició alrededor de 1992; donde habían 6 postas de Salud rural, se creó un Departamento de Salud Municipal que antes no existía. Había una unidad Salud dependiente del departamento social de la municipalidad.

Se realizaron diagnósticos participativos, se trabajó en un periodo de 4-6 meses con trabajo directo con la comunidad, conociendo la realidad de la realidad para, en conjunto con ellos y en actividades grupales, conocer sus necesidades y establecer una priorización en conjunto con la comunidad en relación a lo que ellos esperaban de este nuevo departamento de Salud municipal.

Lo que nos hizo cambiar de enfoque y empezar a cambiar nuestro paradigma de parte del equipo de Salud fue que la percepción de la gente, no fue que ellos estuvieran lejos de los Servicios de Salud, sino más bien los Servicios de Salud estaban lejanos a ellos. Esto nos hizo seguir nuestra acción en base a lo que ellos señalaban.

En relación a las prioridades de la comunidad, mejorar la acces-

bilidad para buena parte de los sectores rurales, promover la participación social donde ellos fueran parte del proceso. La red, más que como objetivo, nació en el proceso lo de crear una red centros comunitarios en Salud, desarrollar programas integrales en Salud y desarrollo local.

Uno de los aspectos fundamentales dentro del trabajo con la comunidad y la promoción de la Salud es la participación social en salud, un eje importante.

Se recorrieron estas 30 comunidades, se trabajo con la comunidad, hubo un proceso de amplia participación en las que se generaron una serie de resultados a partir de esto. Dentro de ellas, fue asumir tareas de acuerdo a la comunidad y dentro de los desafíos formular una política de Salud municipal, implementar acciones participativas y pasar del discurso a la acción en Salud. Dentro de los agentes, los actores principales están el gobierno municipal con la voluntad política de desarrollar una política de Salud con participación de la comunidad. También está el equipo de Salud que toma conciencia de este cambio de paradigma, de un modelo paternalista, autoritario, de excesiva dependencia, a permitir que la comunidad participe en el proceso de participación.

Lo más importante es tener una comunidad organizada, ya que nosotros no trabajamos con jun-

tas de vecinos, sino que se citó a la comunidad y a partir de esto la comunidad se organizó. Un aspecto importante a señalar, es que esto partió en 1992, cuando estábamos entrando en un proceso de periodo de transición a la democracia, y la gente estaba ávida de participar, entonces fue aprovechar lo que estaba pasando para desarrollar el proceso.

Dentro de los aspectos concretos se desarrollaron y construyeron 12 centros comunitarios de desarrollo integral, los cuales fueron construidos más que nada por la comunidad y con características propias. Mencionar que hubo un cambio de enfoque también de las postas de Salud rural y de estos centros comunitarios de que no sean Hospitales chicos, sino cambiar el modelo hacia otros lugares donde hubiera otras actividades y la gente pudiera desarrollar otras actividades que favorecieran la calidad de vida.

Uno de los aspectos importantes en el aprendizaje es que, si bien es cierto para el trabajo en red, es señalar la importancia de las reglas claras dentro del proceso. También cuando se trabaja con comunidades, en el fondo uno también va aprendiendo en el proceso y eso es uno de los aspectos más importantes, ya que tanto el equipo como la comunidad vamos aprendiendo en este proceso de participación comunitaria.

Señalar la capacitación del equi-

po de Salud y trabajo con la comunidad que han permitido ir enriqueciendo este proceso, como por ejemplo intercambios de becarios con la Universidad Austral o capacitación de parte del equipo y trabajo con la comunidad dentro de los cuales podemos destacar congresos de comités locales de Salud rural.

También se ha querido abordar los principios orientadores del Ministerio de Salud, sobre todo en lo que refiere a la promoción con las condiciones, y en relación a las prioridades sanitarias; y eso también nos ha ido dando un camino a seguir en este proceso.

Se han generado múltiples proyectos dentro de los aprendizajes. La comunidad ha aprendido a gestionar múltiples proyectos de Salud rural por proyectos de promoción de la Salud y de participación con la gente y otra serie de microproyectos a nivel municipal. Quizás, y también es importante la autocrítica, lo que requieren es aprender a obtener algo de aprendizaje y cómo desarrollar estos procesos. Nosotros hemos tenido una amplia participación de la gente, hay generación de proyectos de parte de ellos, hay una autogestión incluso de los centros comunitarios en Salud. Esto se obtuvo incluso en acuerdo con ellos, donde ellos eran responsables de la mantención de esos centros de Salud y nosotros efectuábamos la atención integral en Salud.

Pero en el camino nos ha faltado la continuidad y ese es un camino de transición que estamos viendo: poder darle continuidad a las condicionantes y a factores

específicos de Salud y de mejoramiento de la calidad de vida.

Dentro de los productos más importantes que hay aquí es la incorporación de 35 organizaciones sociales a programas de comunidades saludables; la existencia de 18 comités locales de Salud rural, que nacieron de este proceso; además, la acreditación de Los Lagos como comuna saludable, más bien por la voluntad política y del intersector de trabajar por la comuna.

Uno de los aspectos más importantes que se ha trabajado ha sido en estrategias comunicacionales innovadoras con de la comunidad, con una amplia participación. En este proceso, el equipo ha aprendido y la comunidad también que los procesos y cambios requieren trabajos más de base. Nosotros hemos tenido una amplia participación y uno de los ejes o áreas que estamos desarrollando ahora es esa, cambiar quizás de actividades masivas a trabajos concretos y de grupos con la comunidad.

Dentro de los cambios producidos, atención integral en 18 comunidades, nosotros somos la comuna de la provincia que tiene la más alta cobertura de atención en el sector rural. Hay un aumento de cobertura y controles, las postas y centros comunitarios no son sólo utilizados para actividades asistenciales sino que también para otras actividades como talleres de ejercicios y otras actividades de la comunidad, y la formulación de múltiples microproyectos.

Tenemos el concepto de promotores de Salud y se han realizado tres escuelas de promotores de Sa-

lud; tenemos en postas y centros comunitarios. Nosotros atendemos en 18 comunidades, 6 postas y 12 centros comunitarios y en estos lugares tenemos por lo menos 2 promotores, es decir tenemos más de 30 personas que están capacitadas, que continuamente trabajan con la comunidad y con el equipo. Se forma una especie de equipo virtual. Cuando nosotros vamos a trabajar con la comunidad, ellos están presente, nos ayudan a entregar interconsultas, información a la comunidad y yo rescato esto, porque quizás es uno de los logros más importantes de este proceso en el sentido de una generación de red y en la construcción de capital social.

Dentro de los aprendizajes que puedo rescatar yo, está este cambio de paradigma, que es parte de todo este proceso de la Reforma, que quizás nosotros lo vivimos un poco antes con una serie de defectos, porque en los procesos hay errores, y también nos ha servido todo este proceso para adaptarnos a lo que ahora viene en camino o a lo que se está desarrollando.

La importancia de la planificación participativa, la participación da resultados, permite reducir las inequidades en Salud, todos estos vacíos de coberturas que han sido cubiertos por este programa. El conocimiento de la realidad local a través de estos procesos de participación y todos estos acuerdos consensuados con la comunidad que nos han permitido ir generando un clima de confianza, generando reglas, que no ha estado exento de crisis, como lo vio la evaluadora, y que es parte del proceso.

Comentario sobre las distintas experiencias de participación presentadas

Margarita Fernández. Fundación de Superación de la Pobreza

Agradezco la invitación a este seminario para comentar estas tres experiencias del sector. Hablo desde el equipo que asigna el premio a la atención a la ciudadanía, premio que sustenta la fundación Ford con la Fundación para la Superación de la Pobreza. Estas tres experiencias han logrado el premio, entre otras seis que fueron destacadas durante este año, han sido sistematizadas y documentadas por el programa, tratando de extraer algunas de las lecciones y aportes que nos dejan para los procesos en curso para el desarrollo del sector.

Quisiera decir que este premio, durante el 2004, fue definido como un premio conjunto MINSAL-Fundación. Habíamos participado en el 2003 de una consultoría en el sector, tratando de mirar los factores y nudos críticos que permitían, posibilitaban o limitaban la participación ciudadana en el área de Salud, y acordamos con el Ministerio, con la Unidad de Participación, en el marco de los procesos de cambio que hay allí, a que íbamos a encontrar un premio y un estímulo a las innovaciones, un estímulo a las prácticas, se iba a lograr identificar experiencias que pudieran ser compartidas, difundidas, analizadas con otros, extraer lecciones y por esa vía demostrar que estos procesos son posibles en el sector y que desanudan de cierta manera los nudos críticos que nosotros habíamos observado anteriormente.

Quisiera hacer algunos comentarios de tipo general y otros comentarios que se refieren básicamente a la gestión de las experiencias.

Primero, uno de los factores que se pueden observar en este proceso que está presente de algún modo en las tres experiencias, un poco menos en Los Lagos, es que los procesos de reformas y de modernización del Estado abren un espacio al rediseño de las prácticas de gestión, un espacio a los procesos de descentralización y, por lo tanto, a la generación de modelos de gestión más pertinentes a las realidades locales, que involucran los requerimientos políticos, por un lado las metas políticas, pero por otro lado también los requerimientos de gestión

y las metas de administración que tiene el sector público en Salud.

Los objetivos que pone la reforma de Salud, generan una gran oportunidad en el sector, para distribuir o redistribuir recursos o derechos en la sociedad. Creo que pasar a un régimen de garantías, que reconoce derechos ciudadanos de Salud, buscar caminos para hacerlo viables, desde el punto de vista de la gestión, la organización, del financiamiento. Coloca un desafío muy interesante a la gestión del sector, por un lado al proceso de construcción de esa gestión, pero también a la posibilidad de construir o reconstruir política pública. Si a esto uno le coloca un enfoque de derecho de participación de los usuarios del sistema, de derechos de participación de las personas que aspiran a participar, como señalaba el director del Servicio de Salud Arauco, en estos procesos, que aspiran a ser parte, a no ser convidados a una fiesta que organizan otros, sino que también a construir la fiesta. En este sentido, creo que esta oportunidad se puede plasmar como lo estamos haciendo ahora.

Creo que en todas las experiencias lo que hay es un cambio de paradigma: se pasa de una noción de que el Estado es el que tiene sólo que proveer las soluciones a las problemáticas de Salud de las personas, a generar de manera directa en los servicios, a uno donde el Estado y las instituciones de Salud se van transformando en garantes de los derechos, ya que estas grandes tareas y brechas de desigualdades existentes, estas inequidades que son parte constitutivas de las metas que impone la reforma, no se pueden alcanzar solos.

Esto supone el desarrollo de: alianzas, de vínculos, de articulaciones, de diseño estratégico, de aprovechar el máximo de oportunidades que brindan las condiciones de realidad local territorial para poner en marcha un proceso de este tipo.

El cambio de paradigma es un cambio que no es menor, como tampoco son menores los cambios a los que está siendo sometido el sector o está en-

frentando este minuto. Porque todo lo que se transforme hoy día en la institucionalidad que va a prestar los servicios de Salud hacia adelante, o en el proceso en el que ustedes están, va permitir que la gente acceda de tal o cual manera a las prestaciones de Salud posteriores, y, por lo tanto, para las personas, para los usuarios, para los ciudadanos, no es indiferente un proceso de participación hoy en día y creo que es lo que han entendido los gestores de las experiencias que están aquí.

El otro elemento que hay en las experiencias, es que se pueden diseñar procesos de participación ciudadana pensando en formas más tradicionales de participación normadas más en el ámbito nacional. Ya conocemos experiencias de éstas, los Consejos de Desarrollo hospitalario, instrumentos nacionales que facilitan los procesos de participación en los territorios. Sin embargo, creo que las nociones más tradicionales de participación ciudadana están hoy día entorpecidas por lo que son las fragmentaciones de los actores sociales, los cambios culturales que existe en la población, la gran realidad de las organizaciones pequeñas fragmentadas en los territorios, que carecen de articulación y capacidad para potenciar procesos de más largo alcance.

Creo que mucho de los instrumentos que el Estado, en general, y que el sector utiliza para promover procesos de participación en la ciudadanía, son también procesos fragmentados, por lo tanto, instrumentos que van fortaleciéndose en esa fragmentación y no revirtiéndola. Además, creo que el sector Salud durante muchos años, toda la década del '90, se contribuyó con muchos instrumentos a generar un mundo organizacional de programas de Salud con la gente, iniciativas locales, consejos de consultorios, etc.

Estas tres experiencias lo que nos dicen es que ellas operaron **sobre la base de un capital social**, probablemente previamente existente. En el caso de Los Lagos, lo puso en marcha con un diseño estratégico, pero nos dice que lograron mirar ese capital y tratar de aglutinarlo de otra manera, desde procesos de articulación más amplios que no sólo involucran a un nivel del sector o del servicio, sino que también van involucrando, en este concepto de red, a los distintos actores del sector Salud de los territorios. Hay una vocación de aglutinación

que recupera las experiencias y que las devuelve convertidas en capital social. Nos hablan de formas innovadoras de abordar los procesos de participación bajo la orientaciones de la reforma, pero desarrollan diseños y modelos pertinentes a las condiciones del territorio.

Talcahuano nos muestra cómo desde la institucionalidad se puede contribuir a la aglomeración de esas pequeñas experiencias y conformar actores que permitan dialogar o interlocutar con agenda pública en Salud, que se desarrolla desde el sistema en red. Talcahuano asume el desafío de aglutinar a más de 200 organizaciones de Salud existentes en este territorio, han ido conformando, incorporándola como interlocutora a la mesa del consejo. Para ello tuvo que dar varios pasos: establecer conceptos de participación; establecer enfoques; generar orientaciones en el plan estratégico respecto al tema; suscribir actas de compromisos con las organizaciones con las cuales dan cuenta responsablemente en su proceso de desarrollo; generar procesos de intercambio, información y difusión; proponer iniciativas; y desarrollar programas de educación y capacitación a los usuarios del sistema. Crea el Consejo de Participación Social en Salud y va involucrando en el proceso a los directivos, a los equipos, a los técnicos, a los gremios, a los funcionarios y a los líderes. Aquí está el elemento clave de que la autoridad política del sector es clave para poder desarrollar estos procesos en el sector. Esta experiencia tiene varias posibilidades de sustentabilidad y de proyección regional, porque hay condiciones favorables de oportunidad en el sistema. Destaca la voluntad política de la cúpula del servicio, está avalada por la autoridad sanitaria y política regional, y por los procesos que va sancionando la reforma. Van a establecer alianzas con la alcaldía y la dirección de Salud Municipal y conformando esta agenda, resuelven el tema, además de flexibilizar presupuestariamente como abordan los distintos desafíos que ellos definen en sus nueve puntos críticos para abordar el tema.

Lo que uno recoge en general de las tres experiencias es que hay un trabajo en serio y profesional para abordar, dándole la importancia que éste tiene.

En el caso del Servicio de Salud Arauco, donde la

experiencia premiada fue Cañete, porque es la experiencia más avanzada que tienen, nosotros valoramos tremendamente el que esta experiencia del Consejo Municipal de Cañete se inserte como una estrategia del servicio de Salud que tiene un enfoque, un diseño pensado a mediano y largo plazo. El factor de la autoridad política clave para poder potenciar procesos de éste tipo y una voluntad de articulación explícita en el Servicio, a través de la Unidad de Promoción y Participación, con los municipios y los actores locales, para potenciar los propios proyectos locales y resolver las brechas que existen en el acceso de la población a determinados territorios. Aquí está el plan estratégico, que se traduce en la instalación no sólo de acciones, sino que también de procesos reflexivos respecto al tema. Lo van instalando en un lugar y lo van expandiendo a otras comunas. Yo creo que aquí también hay una gran proyección en el modelo actual y en los desafíos que tiene planteada la reforma, de cómo estos procesos pueden jugar roles en la equidad y en el cumplimiento de las metas sanitarias. A nivel de la gestión pública, esta experiencia sienta un precedente. Genera un modelo de trabajo para los Servicios de Salud en materia de gestión participativa: crea unidades, dispone recursos, define un plan estratégico, destina recursos para el consejo. Además introduce cambios verificables y objetivos en la gestión en común y en algunos hospitales y va abriendo los canales para una progresiva ingerencia en decisiones más generales, o sea está en un punto de partida en que puede llegar a constituirse en un modelo muy importante.

En el caso de Cañete, la incidencia de los actores del Consejo logra cambios en los planes presupuestarios y cambios en la calidad de acceso a la atención de Salud, en la condición rural. Acá también se expresa un paradigma que rompe con las relaciones clientelistas y que parte de una plataforma cultural distinta. A nivel de los funcionarios, los efectos parecen ser más explícitos para unos que unos para otros, pero en definitiva, la sensación de

que se estarían logrando cosas pareciera ser una sensación que va instalándose en el equipo.

Los Lagos responde al problema de la accesibilidad y cobertura de la Salud, ya lo explicó largamente el expositor. Los Lagos nos dice, y ahí me sorprende, que en sus 12 centros de Salud han logrado ampliar la cobertura; han logrado llevar servicios a las comunidades; han autoconstruido, autogestionado, co-gestionados con la comunidad, la cual rinde Cuentas Públicas de la gestión de este sistema y tiene un periodo de casi 10 o 12 años de instalación. Los Lagos nos dice que estos logros no son a corto plazo, en ninguno de los casos los logros son a corto plazo. Aquí, el suponer que los procesos participativos se van a desarrollar mediante la generación de instrumentos que un año para otro, hacer licitar a las comunidades sobre la base de algún fondo concursable, que activa una participación, pero que luego la desactiva, no funciona en ninguna de las experiencias que nosotros recogemos. Lo que vemos es al revés, que a partir de una estrategia, a partir de una noción, a partir de un enfoque, a partir de un diseño de un plan, de un método, se utilizan los instrumentos de financiamiento para poder resolver las problemáticas priorizadas, los nudos críticos que se están imponiendo. Los centros invierten la relación tradicional de prestación de servicios de Salud. Este es un elemento muy importante, invierten la relación del sistema de tener que llegar a todos lados con una posta rural, para que al asumir el cambio, esta alianza con la comunidad, decir que somos nosotros los que les proporcionamos la infraestructura, ustedes vienen y se atienden acá, lo hacemos en conjunto.

Igual han sido operacionalizadas todas las experiencias planteándose el tema de cómo se genera organización con los diálogos ciudadanos, cómo se resuelven los intereses al interior de espacios de diálogos y cómo se transfieren competencias y capacidades para un diálogo horizontal.

TEMA 3: MODELO DE ATENCION DE SALUD PARA CHILE

“Modelo de Atención de Salud para Chile”

**Dra. Adriana Fuenzalida. Jefa Departamento Modelo de Atención.
División Gestión de Red Asistencial, MINSAL**

Este modelo que presentamos, es un Modelo con proceso, con historia, con desarrollo, con resultados, encabezado por un equipo de cabecera, que es el que se relaciona con el resto de la red asistencial en este flujo de los pacientes que requieren una resolución en otro punto de la red. Equipo de Atención Primaria que trabaja fuertemente orientado a la focalización por riesgo; con enfoque de riesgo en su quehacer, tanto preventivo como promocional y asistencial; y donde hay una fuerte preocupación por la calidad, por la excelencia del quehacer y la accesibilidad; términos que, como ustedes ven, no están completamente desarrollados, no están todos en su máxima expresión y por lo tanto en ellos debemos seguir trabajando.

Como les decía, trabajamos fuertemente en esta incorporación del mundo municipal, que es un aliado tremendamente estratégico de nuestros sectores, para llegar a los resultados que queremos llegar. Por lo tanto, como decía ayer Mario Ramírez, tenemos que darle respuesta a varias preguntitas de qué, el cómo, a qué hora, cuándo, quién, etc., y que dan cuenta del componente asistencial del quehacer de Atención Primaria.

En el ámbito de la promoción, tenemos que trabajar fuertemente los contenidos que están resumidos en seis puntos: que nuestra población vaya virando, migrando hacia hábitos de alimentación más sano; hacia un ejercicio de la sexualidad saludable y segura; hacia la mayor realización de actividad física en todos los grupos etéreos; hacia un uso mejor orientado, mejor enfocado de los espacios públicos y de los ambientes saludables; pero también en ir retejiendo nuestras redes comunitarias en una sociedad que se ha hecho tremendamente individualista y vinculada con el consiguiente desarrollo de la asociatividad y de las relaciones sa-

ludables. Y lo pusimos de esta manera, porque siempre se pone “no a la violencia”, “prevenir la violencia” no, no, !!etc. Esta es la manera en positivo de decir las mismas cosas. Tenemos que generar al interior de nuestras familias y al interior de nuestras comunidades, ser capaces de promover las relaciones más saludables, más positivas, más constructivas y por supuesto trabajar por una familia y una comunidad libre de adicción.

Los puntos críticos de Atención Primaria, fundamentalmente ya los dije. Los municipios son una gran diversidad de gestión, el desafío del año próximo, en que van a recibir una inyección importante de recursos adicionales para hacerse cargo de la gestión de garantía, y tenemos como sector que formarlos, informarlos y esa es una tarea que empieza ayer. El otro punto crítico tiene que ver con los médicos. Si bien es cierto hemos resuelto lo que hace una década y media era la gran angustia del sector, que ni siquiera teníamos médicos para atender la demanda mínima en nuestra población, y eso está bastante resuelto por el incremento de la formación de médicos y por la inmigración de médicos extranjeros, donde no son los médicos “formateados” como el sistema o este modelo de atención lo requiere, y ahí tenemos que hacer un trabajo súper profundo, súper largo en el tiempo. Nos vamos a demorar en generar este modelo como queremos, aquí tenemos para adelante una década, al menos, de trabajo sistemático, permanente, cotidiano, día a día, para desde el pre grado, para también durante el ejercicio profesional ir conquistando estos profesionales. Porque, en realidad, mirando con ese rol social un poco con los desafíos que nos puso ayer Benito Baranda, el trabajo de Atención Primaria es un trabajo precioso para los médicos, pero como sociedad no hemos sido capa-

ces de generar encanto ni de generar los incentivos y estímulos para que a los médicos eso les guste y los tenga contentos y tengan ganas de quedarse ahí. Como verán, este equipo de salud requiere de continuidad, requiere un tiempo largo de estar en contacto con esta comunidad para ir provocando impacto, porque un médico que entra por 6 meses y se retira es una pérdida de energía tremenda para este sistema. Por lo tanto, ahí tenemos que hacer estrategias mucho más intensas que las que hemos hecho hasta ahora.

Y los tipos de establecimiento que componen este nivel primario son las postas rurales, los centros de salud, donde se irá erradicando la palabra policlínico periférico u otras formas más antiguas de referirse a lo hoy día son centros, que tienen un tremendo rol en términos del desarrollo de la calidad de vida de sus comunidades. Vamos a ir hablando cada vez más de estos centros de salud.

A partir del año próximo, el per cápita incorpora el Modelo de Salud Familiar y, por lo tanto, vamos a estar acreditando progresivamente más centros como Centros de Salud Familiar, y estos van a ser de alguna manera las dos categorías de centros de salud con población asignada con cerca de diez mil personas.

Los SAPUS, que son los centros de Atención Primaria de Urgencia, que si bien es cierto pertenecen o también son mirados como actores en la red de urgencia, tienen un rol relevante en términos de estrategias de la Atención Primaria de urgencia, y no queremos que pasen a ser una red en paralelo. Son parte de la red de Atención Primaria, son parte del sistema y de las ofertas de las acciones de salud de Atención Primaria de una comuna y, por lo tanto, son parte del plan de salud normal que esa comuna desarrolla para su gestión.

Y por último, se incorpora a la Atención Primaria en forma progresiva los hospitales, que se irán llamando de una forma parecida a Hospitales Comunitarios de Salud Familiar. Pero, evidentemente, la gran mayoría de los hospitales tipo 4 van a ir teniendo un proceso de desarrollo. Algunos ya lo han iniciado, y con bastante de este encantamiento del que hablábamos recién, para hacerse cargo en forma más integral de la Atención Primaria, porque

están haciendo mucho más de eso y porque también vemos que se hace menos necesario la hospitalización, aunque son centros de salud que van a estar concebidos probablemente algunos con camas y otros sin camas y tal vez aquí surja otro punto crítico que tiene que ver con cómo vamos negociando en esta relación que se va a volver un poco tensa al inscribir la población en los hospitales tipo 4 versus la población que está inscrita en las comunas o postas de salud rural.

En la Atención Primaria hay cinco desafíos principales, que tienen que ver con la prevención y promoción, con el desarrollo frente a frente de ambos líneas o estrategias; con el trabajo intersectorial y el desarrollo del modelo de salud familiar; con insertarse en la red asistencial a través de estos equipos de cabecera que debieran ser cada vez más reconocidos también con los otros niveles; y el desarrollo de la calidad en la gestión, la accesibilidad y la focalización por riesgo.

Y pasamos a mirar con la misma perspectiva las especialidades ambulatorias. Entonces este modelo de atención integral vamos dejando los dos puntos que antes teníamos del ámbito de lo comunitario y la Atención Primaria y pasamos a lo que son los centros de salud ambulatorio, cuáles son y también arrojan cinco. Los desafíos principales que tienen este ámbito de nuestro quehacer, que ha estado fuertemente desdibujado y que debiera haber aparecido mucho más protagónico de la instalación del CRS y CDT y sin embargo eso no se ha visto demasiado. Aquí vamos a hablar fundamentalmente de un componente asistencial; hay componente promocional y preventivo muy pequeño, por lo tanto no lo pusimos aquí. Dentro de las especialidades ambulatorias hay dos desafíos: la resolutivez, donde creo que hemos hablado mucho de la resolutivez en Atención Primaria y la verdad es que en ésta ha habido un desarrollo importante en las últimas décadas de toda la resolutivez en el ámbito psicosocial, que es donde más se requería, y por lo tanto no es el desafío principal allí, aquí el desafío de resolutivez es tremendamente fuerte en términos de organizar nuestro sistema, de modo que los problemas en salud se resuelvan hasta el final del proceso de alta y de vuelta a su equipo de salud de cabecera, entregando mano a mano en

esta red sin que se nos salga del camino, que lleve al otro lado del camino con información, como nos pasa en el 99,99% en nuestras acciones. La resolutivez en el nivel 2º pasa entonces por definir el rol de cada una de las actividades clínicas a través de los protocolos y guías clínicas; por definir la relación y la forma como organizarnos, las unidades de apoyo de diagnóstico o de seguimiento de los tratamientos; y cómo nos hacemos cargo que los tratamientos crónicos serán efectivamente tratamientos continuos por parte de los usuarios. El segundo desafío es la ambulatorización de las prácticas hospitalarias. Si desde el ámbito de las especialidades ambulatorias no se empieza de alguna manera a asumir la actividad hospitalaria que puede ser desarrollada en el ámbito ambulatorio, eso no va a pasar. El hospital solo va a seguir tendiendo de alguna manera a mantener su actividad histórica y, por lo tanto, desde el nivel secundario es que esto tiene que empezar a promoverse y a desarrollarse. El desafío de la ambulatorización lo vemos desde un principio como un desafío de toda la red y, por lo tanto, todos tenemos que hacernos cargo de poner recursos en función de eso. Eso significa programar la actividad médica, lo que significa explicitar la parte de las jornadas médicas que le correspondan el nivel secundario, al nivel de especialidades ambulatorias, y que no sea que lo que sobra del quehacer hospitalario, si no que sea efectiva la priorización en la programación.

El ámbito de la calidad y de la accesibilidad es tremendamente relevante en este nivel, ya que se puede graficar un poco que el quehacer y aquí en el nivel secundario la actividad es fuertemente médica. Si bien no es el único profesional, hace su actividad de box sin ni siquiera saber lo que pasa en los seis metros cuadrados de su alrededor, no sabe qué pasa con ese paciente cuando él le dice que vuelva en un mes, si va a obtener hora, etc. No le importa demasiado, el atiende y se va, y ni piensa en el que vino antes ni el que viene después como procedimiento. Con esto estoy generalizando una situación que muchos de ustedes pueden haber ya corregido, pero en la práctica eso no sucede en la gran mayoría de estos establecimientos de nivel secundario, y tenemos que ser capaces entonces que este médico cambie un poco su perfil, vincularlos con el resto de las redes

asistenciales, hacerle reconocer la importancia que tiene el nivel primario de atención, de modo que responda con respeto, con información, con lealtad. Estos atributos de la red asistencial, que son tremendamente necesarios, que no tenemos tal como decían ayer el Sr. Ministro y Benito Baranda posteriormente. Por lo tanto, en el ámbito de la calidad hay muchísimo que hacer, hay que dejar de pastorear enfermos, hay que dar altas, hay que hacer fluir estas chimeneas; hay que desarrollar un modo de hacer el control crónico en el nivel secundario, que tiene mucho que aprender del primario, ya que éste tiene un sistema ordenadísimo, control de crónicos desarrollados por décadas, y el nivel secundario no hace eso, por lo tanto tiene mucho que aprender. Además, tiene que desarrollar enfermería para el control y cuidado de los crónicos, que aún por nuestras capacidades van a seguir atendiéndose ahí. Tiene que desarrollar sistemas de priorización; de definición y evaluación de la pertinencia de su quehacer; y tiene que desarrollar esta relación prioritaria con el equipo de Atención Primaria del que es asesor, del que es ínter consultor. El ser ínter consultor significa no sólo ver el paciente y olvidarse, sino devolver información al otro, construir información clínica y dar soluciones que en otros lugares no están, de modo que el otro puede seguir con la continuidad del cuidado de este paciente.

Puntos críticos. Los clínicos. Tenemos que llegar a mostrar fuertemente este modelo a los clínicos, ya que estos son los que descalifican a los consultorios, los que descalifican el resto del trabajo del equipo. Por lo tanto, ahí hay muchísimo que hacer desde kinder. Segundo, el desarrollo del equipo de salud, para el seguimiento de pacientes crónicos fundamentalmente, tema que está bien desarrollado en salud mental, pero que hay que desarrollar fuertemente, probablemente, en especialidades como la neurología y el ámbito de la rehabilitación o de la kinesiología. La contrarreferencia, desarrollarla; porque no esta en pañales sino que están ausente, y el uso adecuado de la red asistencial. Y de alguna manera aquí surge un buen punto crítico en términos de los profesionales y cómo ellos se adecúan no a sus propios intereses sino que a los intereses, como se ha venido desarrollando en el curso de las ponencias de ayer, a los requerimien-

tos de esta red asistencial y los establecimientos. Tenemos todavía consultorios, sus consultas adosadas a hospitales en diferentes formas, en hospitales mas pequeños, y han aparecido en la década recién pasada los centros de referencia en salud y los centros de diagnóstico y tratamiento, que son los espacios donde se concentra entonces la tecnología en los procesos diagnósticos, los seguimientos terapéuticos y la inter consultoría de los .

En el ámbito hospitalario, y aquí están los ámbitos de desarrollo, hay tres que tienen que ver con: la gestión clínica; la organización de los cuidados, en términos de irse organizando por cuidado progresivo, por atención de diversa intensidad, fundamentalmente tiene que ver en cómo organizamos enfermería al interior del hospital; la hospitalización domiciliaria como un modo o una estrategia para resolver oportunamente y en el lugar adecuado algunas patologías, donde el paciente pueda estar mejor en su casa, si hay buenas condiciones para cuidarlo. La ambulatorización de prácticas hospitalarias, que también es un objetivo aquí, pero como decía antes, tiene que ser fuertemente promocional desde el nivel secundario. Trabajar la calidad y la accesibilidad en términos de que si yo hospitalizo preoperatorios, por ejemplo, y los tengo 20 días esperando para una cirugía ginecológica u oncológica etc., evidentemente estamos haciendo un mal uso de esa cama y eso significa trabajar nuestra calidad tanto en los procesos clínicos como en el ámbito de toda la gestión de la hospitalización propiamente tal. En términos de calidad, yo diría que nosotros tenemos una medicina de muy buena calidad, y es por eso que tenemos los resultados que tenemos y además por toda esta red asistencial que no ha dejado de estar presente en el contacto con la comunidad. En el ámbito más organizacional, los hospitales tienen el desafío, los 56 más complejos dentro del país, incluidos institutos, de gestionarse más solos, de dejar de ser gestionados desde el Servicio de Salud, en esto que se llama Autogestión Organizacional. Esto significa que los hospitales sean bien gestionados, sean bien dirigidos, tengan un plan estratégico, estén bien articulados con la red, estén bien relacionados con la red, con la comunidad y tengan sus consejos de participación y desarrollo, etc.

Entre los puntos críticos en el ámbito hospitalario

se destaca fundamentalmente el desarrollo de la gestión por procesos clínicos; el ir alineando los procedimientos y poniendo las unidades de apoyo bien alineadas y al servicio del cumplimiento de los objetivos del establecimiento. Un grupo del ministerio que fuimos a California, en EEUU, conocimos un modelo de gestión hospitalario que ha tenido muy buenos resultados en términos de costo-efectividad y de resultados sanitarios, donde también están avanzando de un modelo en que el médico de cabecera era quien iba a controlar a su paciente durante la hospitalización versus a un modelo en que cada vez se está dejando el hospital cada vez más en manos del internista, por la complejidad de los pacientes que están con una estadía mas prolongada. Yo creo que es un tema que se viene y que vamos a tener que ir reflexionando y que será parte de todo este proceso de reflexión en que todos nuestros hospitales están siendo estresados por parte del ministerio y de todo este desarrollo de modelos; en que están haciendo fuerte reflexión respecto de su rol estratégico en la red y el desarrollo de sus planes estratégicos.

En este avance, vamos a ir incorporando nueva nomenclatura de los hospitales. Principalmente dos categorías. Los de baja y mediana complejidad, entendiendo que algunos van a pasar a ser centros de Atención Primaria; y los Institutos Nacionales, que son, en general, hospitales que tienen uno o muy pocas especialidades, que se dedican a hacer medicina compleja, que son centros de referencia nacional y que tienen un fuerte rol en la docencia e investigación.

Los hospitales que serán autogestionados o en vías de ser autogestionados hasta el 2009, son todos los hospitales tipo 1 y 2, que, de acuerdo a lo que establece la ley, y los complejos asistenciales. En estos se hace de alguna manera una similitud al rol organizacional del CDT o CRS y al ámbito hospitalario que se han denominado complejos asistenciales, que gestionan en conjunto y que son una organización bastante sinérgica, por lo tanto, los desafíos en el ámbito hospitalario vuelven a aparecer.

Cabe señalar que al interior de un centro de salud de Atención Primaria también se hace Red, o un hospital, como lo que el Barros Luco bautiza como

intrared, un término bastante utilizado en la informática. Un equipo de salud de cabecera es una pequeña intra red: ahí la información de la matrona, de la enfermera, y la derivación entre los distintos integrantes del equipo para el seguimiento de crónico, o control de un embarazo, para diferentes momentos de este continuo de la salud-enfermedad, es una pequeña red; la relación de este equipo con odontología, por ejemplo, que normalmente no está en el equipo de salud de cabecera, es otra relación en red; y así podríamos mencionar miles. Para qué mencionar la cantidad de roles que hay en el CDT, al interior de un hospital. Todas estas conexiones en que fluye un usuario entre un punto y otro para recibir, ya sea un procedimiento diagnóstico terapéutico o una consulta de cualquier clínico, es un pequeño pedacito de la red y allí entonces habrá que ir desarrollando y respondiendo estas preguntas de las que ya se han hablado.

Primero el tema de la continuidad, el no dejar abandonada a personas que están en la mitad o en una parte del proceso clínico sino estar constantemente siguiéndolo. Una relación de lealtad y de horizontalidad, donde tratemos de erradicar las descalificaciones mutuas, porque en esta red todos tenemos un rol que es tremendamente relevante. Si cojea una, se viene abajo toda la red. Así que la lealtad y la horizontalidad son valores que tenemos que desarrollar en forma intencionada y con acciones concretas, con formas más participativas, probablemente en forma mucho más dialogables de hacernos cargo de nuestro quehacer y de nuestros problemas en forma conjunta. El establecimiento de reglas, como decía claramente ayer el Dr. Ramírez " sin reglas no hay una red que tenga sentido o cosas claras que hacer", y ahí hay una fuerte tarea para el Consejo Integrador de la Red Asistencial, donde nos ponemos de acuerdo en cuáles son los datos que nos vamos a producir para tomar nuestras decisiones - los datos están destinados a ser el sustento de la toma de decisiones -, donde nos preocupamos de vincular la calidad y cantidad de nuestros vínculos, donde tenemos, por supuesto, organizados nuestros diversos recursos y donde a lo mejor podemos negociar allí donde la Atención Primaria dice " no me hago cargo de esto porque no tengo el medicamento metido en la canasta histórica". A lo mejor, al CDT y a esa red

asistencial le conviene más pasarle esos medicamentos que transferir al paciente de vuelta de recibir atenciones o controles en el propio nivel secundario y para eso tener que poner al servicio ustedes su inteligencia, su creatividad y el detectar estos problemas e ir haciéndolo ver, y nosotros la capacidad de relación con el FONASA para que estas cosas vayan teniendo una traducción en lo administrativo y un modo entonces concreto.

Más elementos de la red: el reflexionar permanente con otro; el aceptar que éste es un proceso que ya está presente en nosotros; el reconocer la diversidad, una red que no tiene porque ser uniforme y pareja e igual en todos lados. Tenemos que ser capaces de recoger en esta red, y en este modo de funcionar, esta diversidad y también tenemos que darle capacidad y gran flexibilidad para asumir los imprevistos y aceptar que muchas veces vamos avanzar dos pasos y retrocederemos uno.

Hemos definido y ya están los compromisos de gestión en el quehacer de los equipos. Hace ya un par de años también la gestión de las listas de espera, tema en el que nos hemos demorado en construir información adecuada para la toma de decisiones, no tenemos series como para decir "miren el país", " la lista de espera de urología, por ejemplo, está creciendo así que tenemos que pronto formar más urólogos". Esa información aun no está. La verdad es que estamos midiendo listas de espera y estamos poniéndonos metas un poco a siegas, es que no sabemos en realidad si estamos operando al máximo de la capacidad de oferta que hoy en día tenemos con algunas especialidades, por tanto ahí queda mucho por hacer y tenemos que ir avanzando en esa generación de información.

Balance entre la oferta y demanda, de manera que ese Consejo de Integración de la Red Asistencial, que es el asesor del gestor de red o director del servicio, tenga la información adecuada para definir sus polos de desarrollo o para negociar con el nivel central o para buscar a dónde refieren aquellos pacientes que no están teniendo, por diversas razones, una resolución adecuada en su red. Si uno toma un poco de distancia y empieza a comparar tres Servicios de Salud vecinos, se encuentra que en uno hay lista de espera de hace un año para operar próstata y que en el del lado están operando

cirugía electiva de prioridad 3 o 4 en la misma especialidad de urología y tienen resueltas todas las próstatas. Eso de alguna manera no debiera pasarnos. También debiéramos tener una mirada con información de macroredes, de modo que si la prioridad uno son determinados grupos de enfermedades, ahí esté toda la red concertada, para que los pacientes con prioridad no se salgan o retiren, y estamos hablando fundamentalmente del no Auge, porque éste va a estar de alguna manera controlado y seguido por las garantías.

La articulación de los procesos clínicos es otro de los ámbitos de la red. La red tiene que establecer las reglas del juego de la referencia, tiene que promover la contrarreferencia como una área tremendamente necesaria. En pediatría hay un poco más de referencia que de contrarreferencia y tiene que monitorizar todas las fases de la instalación de gestión de las garantías.

Las macroredes dependen de la nueva estructura de la Subsecretaría de Redes, o sea, la alta especialidad pasa a ser mirada por una entidad desde una perspectiva nacional y no desde cada Servicio de Salud donde, si nos ponemos a analizar, probablemente la gran mayoría de los pacientes que se atienden en cualquiera de los institutos son del Servicio de Salud en el cual están instalado ese hospital y probablemente de uno que otro de los alrededores. Eso significa grandes inequidades en el acceso a nuestros usuarios, por lo tanto, esto será mirado desde la División de Gestión de Redes o donde la subsecretaría le instale una vez que se desarrolle organizacionalmente, y donde, entonces, se van a mirar las redes regionales y las nacionales. En ese sentido, los equipos de monitoreo en el ministerio, uno que mira la zona norte del país, otro que mira el centro y otro que mira el sur, han ido generando la información para empezar a tomar decisiones en eso y avanzar en identificar cuáles son los Servicios de Salud que refieren y reciben de vuelta pacientes hacia las macroredes.

Punto crítico que dejé para analizarlo globalmente, se refiere a los profesionales que necesitamos para el desarrollo de este modelo. Necesitamos formar y trabajar con las universidades, con la formación de pre grado de los clínicos, considerando estos desafíos y no la súper especialización, consideran-

do la medicina que nos describió ayer Benito Baranda. Queremos profesionales de salud con mirada de red, es decir, que no se encierre en su box a hacer lo que a cada uno se le ocurre, sino que esté inserto, que esté informando, que tenga claro los objetivos, y que por lo tanto se desarrolla en función de los objetivos difundidos por esa red asistencial; con fuertes habilidades de liderazgo y trabajo en equipo, que también es algo que debemos desarrollar mucho más en el sector; con énfasis en este modelo de salud integral y familiar.

En la Atención Primaria hay un sistema de financiamiento per capita que efectivamente incentiva el cuidado de la salud, probablemente con las regularizaciones que van a incorporarse se va hacer mucho más evidente. En los municipios habrá que ir desarrollando el aprendizaje o el sector tendrá que ir asesorándolo para alcanzar el convencimiento de que tiene más sentido y es más barato lograr que la población se mantenga sana, que dejar en libre curso el desarrollo de todos los deterioros de la salud del adulto que hemos ido mencionando.

Y en Atención Primaria no hay un incentivo al uso racional de las especialidades. A pesar de eso, como hemos visto en los estudios que se han hecho, la Atención Primaria usa bien las especialidades ambulatorias. Sin embargo, mucha gente sabe que no va haber resolución pronta para determinados grupos de patologías menos prioritarias y, por lo tanto, hay una sub utilización de la interconsulta, pero la Atención Primaria no le duele el bolsillo cada vez que tiene un paciente y lo manda a verse a otro lado y de alguna manera allí hay algún incentivo que en algún momento puede hacerse costoso o doloroso para el sistema.

En el ámbito de las especialidades ambulatorias y de los hospitales, el pago por prestaciones no incentiva el uso virtuoso de la red y aquí tenemos mucho camino que recorrer, porque de alguna manera ha sido en una relación poco desarrollada con los equipos técnicos del ministerio, el que ha ido definiendo qué se hace a través del sistema de Valoradas. Eso es algo que estamos ya corrigiendo, en términos de empezar a trabajar en conjunto, ya que sean las propias redes en conjunto con las orientaciones ministeriales quienes vayan definiendo cuál-

les son las prestaciones que se pagan, o el ir avanzando en una reflexión que no se está lo suficientemente hecho, en términos de cambios el modelo de asignación del modelo de pago. Por ello hemos venido mirando algunas experiencias con los grupos relacionados de diagnósticos u otros. Pero aquí los incentivos no están necesariamente bien puestos. En el nivel secundario, fundamentalmente, no hay competencia como incentivo a mejorar y, vinculado con lo que decíamos antes, si el nivel primario fuera el que de alguna manera tuviera poder de compra de las acciones del nivel secundario, probablemente éste se ordenaría mucho más rápido, porque tendría la posibilidad de pedir a este cliente potencial, va a tener la demanda. Esto re-

quiere también que la red se vuelva un gestor potente, en términos de negociar, con capacidad de ordenar estos establecimientos en función del plan de desarrollo que esta red desarrolla.

Y, por último, debemos "tirarnos a la piscina", porque estamos en fase de implementación de la reforma; porque esto es un incentivo en términos de que en nuestro sistema tiene que hacerse cargo de estos desafíos, para que realmente logremos mejores resultados; porque tenemos la capacidad y calidad para hacerlo, tenemos una historia tremendamente eficiente validada desde el exterior e interior de nuestro país; por lo tanto tenemos todo para hacerlo y es nuestro tema.

Experiencias en la construcción del Modelo

“ Centro de Salud Familiar en Osorno ”

Dra. Ximena Acuña, Jefa Departamento de Salud Municipal. Comuna Osorno

Más que el desarrollo de un Centro de Salud Familiar en Osorno, presentaré el desarrollo en salud de la comuna de Osorno.

Esta comuna se encuentra en la X región, tiene alrededor de 146.000 habitantes de los cuales 117.000 están inscritos actualmente en nuestros centros lo que es una tremenda responsabilidad para el equipo de salud. Los accidentes geográficos que presenta la comuna hicieron que nosotros, en algún momento, dividiéramos la ciudad por sectores cuidando la accesibilidad de la población a los diferentes centros de salud existentes, algunos de estos fueron tras-pasados y administrados por el municipio.

El Centro de Salud Familiar **Pampa Alegre** tiene una población inscrita de 17.816 personas y 40 funcionarios; dispone de una infraestructura creada en 1987, adaptada a nuestro modelo de atención porque en definitiva se trata de cambiar nuestra forma de atención y nuestro enfoque, puesto que tenemos que ocuparnos para dignificar la atención tanto de los pacientes como de los funcionarios. El 90 % de sus funcionarios están capacitados en salud familiar. Tiene un equipo gestor en funcionamiento con diferentes personas y categorías; el equipo gestor es como el equipo asesor del director trabajando en conjunto con las comunidades en este modelo de organizar la salud familiar en su sector; tienen tres sectores de salud con un equipo de cabecera en cada sector, ellos a pesar de no ser acreditados como centro de salud familiar trabajan con el modelo de salud familiar, tienen electrocardiograma y un médico por cada 3.563 personas.

Como los proyectos de inversión actuales no contemplan el modelo de salud familiar y dado lo importante que es disponer de espacios, hubo que sostener bastantes conversaciones en relación al tema y seducir a los diferentes encargados para que aprobaran y apoyaran nuestros proyectos.

Rahue Alto, en el sector alto de la ciudad, tiene una población inscrita de 25.606 habitantes. Este consultorio fue construido en el año 2000 y cuenta con una estructura moderna acorde al modelo de salud familiar; tiene instalado mini somes. El establecimiento está dividido en 3 sectores. Tienen un ecógrafo con transductor abdominal, electrocardiógrafo, sala de IRA y sala de salud mental grupal; estas salas las conseguimos convenciendo a la gente de lo importante que es tener estos espacios en los centros. Tienen un equipo gestor y el 100 % de los funcionarios está capacitado en salud familiar. Disponen de 1 médico por cada 3.200 personas y están acreditados como CESFAM desde este año.

El Centro de Salud Familiar **Pedro Jáuregui** es un consultorio muy antiguo que fue repuesto en 1992. Tiene una población inscrita de 28.303 personas y 62 funcionarios con capacitación en salud familiar. Cuenta, como los demás, con un equipo gestor, está sectorizado y tiene un médico por cada 3.144 personas. Hoy en día requiere de una ampliación.

Continuo al Centro se ubica el SAPU, creado en el año 1992, que funciona desde las 18:00 PM hasta las 07:00 AM. Es impresionante como las atenciones han ido aumentando año tras año. La comuna tiene un 97 % de resolutivez, durante el año solamente 245 personas fueron trasladadas al nivel secundario. Nos ha costado mucho validarnos como atención primaria, como salud familiar y como un sistema de urgencia, especialmente ante los médicos de urgencia del hospital. Hemos tenido siempre bastante comunicación con los médicos de la asistencia pública porque ellos insisten en que no resolvemos las cosas.

Nosotros decimos que son los pacientes quienes determinan la urgencia en el momento en que ellos quieren ir a la asistencia pública; el médico determina la urgencia una vez que ya ha visto al paciente.

Ovejería es otro de nuestros Centros de Salud, tiene 8.147 personas inscritas. Es un centro que tiene bastante desarrollado el modelo de salud familiar; trabajan prácticamente con un equipo y no han sectorizado la población porque la cantidad de habitantes no lo justifica. Podrían caer en el inconveniente de tener mini centros dentro de un centro de salud, en circunstancias que ellos conocen a toda la población. Están trabajando así desde el año 1982. Este centro de salud también está en reposición ya que para trabajar había una sala y escuelita muy pequeña. Tienen un equipo gestor, un médico de familia en el sector y un médico por cada 2.715 habitantes. También tienen organizada la cirugía menor a nivel comunal.

Los Carrera es el Centro de Salud Familiar más antiguo. Fue el primero de todos en ser acreditado como CESFAM. Tiene 29.690 personas inscritas y 84 funcionarios capacitados en salud familiar. También cuenta con un equipo gestor multidisciplinario y trabajan en el plan de salud familiar. Disponen de un médico por cada 2.711 personas. El nuevo edificio lo entregaron en diciembre de este año y va a tener sala IRA, ERA, sala de salud mental grupal e individual, sala de procedimientos y de cirugía menor, electrocardiógrafo y ecotomógrafo abdominal. Dispondrá de una unidad de rehabilitación familiar y comunitaria, fundamental para que los centros de salud puedan incorporar el tema de la rehabilitación con enfoque familiar y comunitario. Hoy en día, si bien es cierto tenemos una sobrevida mucho mayor, también tenemos una mayor cantidad de pacientes postrados, esto debido en parte, por no haber realizado una rehabilitación integral y adecuada. Este centro también dispone de un laboratorio básico que cada día ha ido incrementando el tipo de exámenes que realiza; en el trabajan cuatro tecnólogos médicos, un bioquímico, técnicos paramédicos y un auxiliar de servicio. Tienen un promedio de 1.4 exámenes por consulta.

El nuevo centro de salud que se inaugurará en septiembre, llevará el nombre de Dr. Marcelo Lopetegui, en honor a este médico cirujano que trabajó mucho junto a nosotros.

El Departamento de Salud Municipal

Una de las grandes cosas que hemos logrado es que el Departamento de Salud ha permanecido físicamente dentro del municipio lo que ha significado estar estrechamente relacionados con todos los servicios que presta la municipalidad. Primero ocupamos unas piezas en el 5º piso y poco a poco, este piso perteneció al Departamento. Es ahí donde hacemos las reuniones con los Consejos Técnico Asesor de los consultorios, también pertenece al Consejo Asesor del Alcalde.

De acuerdo al organigrama nosotros dependemos desde el punto de vista jerárquico, del Alcalde. El equipo de trabajo es multidisciplinario y un 95% está capacitado en salud familiar, lo que ha sido posible porque tenemos un programa de capacitación anual bajo la ley 19.378. En los años 1994-1995 teníamos un gran déficit de médicos en la atención primaria y decidimos presentar a la autoridad comunal y al consejo, un programa para el desarrollo de médicos dentro de la atención primaria. Esto se planteó como una prioridad para el nivel primario y no para la especialidad. Y la municipalidad empezó a financiar becas y estas tenían que devolverse en 3 años pero la ley 19.378 declaró que debía ser en 6 años. Los médicos que queríamos desarrollarnos en atención primaria y que hemos sido becados por la municipalidad somos ocho en total. Hoy tenemos 3 becas financiando 3 pediatras, más un médico internista que está en Santiago, también financiado por la municipalidad y el departamento de salud.

Como los funcionarios se quejaban, más que de la remuneración o del ambiente de trabajo, de los pocos espacios de capacitación que podían tener en atención primaria, decidimos hacer pasantías por el hospital. Ha este beneficio acceden funcionarios de cualquier categoría, es decir, si la pasantía corresponde a los auxiliares paramédicos que trabajan en farmacia, asisten lógicamente a la farmacia del hospital. Nuestros funcionarios también acceden a las pasantías nacionales y diplomados en salud familiar. Desde hace 4 años todos los centros de salud están trabajando con talleres de autocuidado para su personal, puesto que el recurso más valioso que tiene o puede tener este trabajo es su gente.

El año 1997 nosotros realizamos nuestra misión muy acorde a la vida porque se hizo promover nivel de atención en salud basada preferentemente en la recuperación, rehabilitación del individuo, la familia y la comunidad con énfasis prioritario en el sistema público con modelo de autocuidado a través de un enfoque biopsicosocial con la finalidad de mejorar la calidad de vida.

Bueno dentro de la accesibilidad de la red, se maneja una agenda médica que en realidad es para la dación de horas de todos los profesionales, también hay una agenda que se trabaja por medio tiempo con el hospital base. Teníamos muchos reclamos de nuestros pacientes y hoy en día esta agenda esta abierta, se dan casi el 90% diría yo de las horas desde el nivel primario para las distintas patologías, aunque algunas aún permanecen cerradas, pero por razones externas. Así por ejemplo, oftalmología es una de las que permanece cerrada pero fundamentalmente porque están mas dedicados al nivel secundario y terciario. Desde la comuna, nosotros estamos haciendo resolución de especialidades.

Se dice siempre que al consultorio adosado de especialidades llega un porcentaje de pacientes derivados desde el nivel primario, y nosotros trabajamos con el doctor Alvear, jefe del CAE, y sabemos que el total de consultas nuevas de Enero a Agosto era de 5.883 interconsultas nuevas, lo que era solo el 35% del total de atenciones; es decir, el 69% de los atendidos eran pacientes antiguos en control, en la atención primaria de ese 30%, es decir, pacientes que llegan al bronco pulmonar se deriva a o si el paciente tenia un dolor de rodilla también se derivaba y así sucesivamente.

La urgencia derivó el 12.6% en circunstancias que el año pasado llegaba casi al 25-28% del total de consultas del CAE. Por esto nos quedamos un poco mas tranquilos porque dijimos " bueno, no somos siempre los que estamos derivando", es decir, tenemos capacidad de resolución, y de las consultas perdidas habían alrededor de 15.325, o sea, un 16%, de 95.983.

En todas las reuniones de coordinación que sostuvimos con la gente del hospital estaban los médicos de atención primaria, los de especialidades y el médico jefe del CAE; en conjunto diseñamos un

formulario de interconsulta que le acomodaba a los dos sistemas. Lamentablemente hoy en día este documento no funciona porque tuvimos que utilizar una hoja de interconsulta que se nos hizo llegar(en ningún momento nadie nos pregunto nada) pero en realidad la de nosotros era bastante mejor, por lo menos tenia un espacio mas adecuado para escribir una anamnesis, el examen físico etc.

Cada 2 o 3 meses, dependiendo de la demanda, tenemos reunión clínica con los médicos de atención primaria, donde se juntan todos. También hacemos reuniones con los médicos del hospital en un tono mucho mas horizontal que antes. Los médicos especialistas van a nuestros centros de salud y analizan casos, como salud del adulto mayor. También se mantiene un enlace en el tema de los medicamentos entre los comité de farmacia que existen dentro del Departamento de Salud, de atención primaria y del Servicio de Salud

Antes se derivaban prácticamente todos los pacientes que requerían electrocardiograma al hospital ya que pocos centros de salud disponían de un electrocardiógrafo.

Con respecto a la promoción de la salud, existe una coordinadora de promoción dentro del Departamento de Salud y alrededor de 28 personas más que participamos en el tema. Trabajamos con la empresa privada y la publica; nos ha ido muy bien con la empresa privada; se han realizado encuentros en relación a cultura y salud, también hemos trabajado por condicionantes, con gente que trabaja en el comité de Vida Chile, cada uno escoge el área que más le gusta y participa en un plan que es comunal y que tiene actividades durante todo el año.

Participación comunitaria: En los años 90-91 teníamos una relación bastante lejana con la comunidad. Después, entre el 93 y el 94, se iniciaron los encuentros comunales en salud, y hoy en día, todos los centros de salud tienen consejos de desarrollo con su plan de acción anual y hay voluntariado en la atención primaria. Una vez al año en cada sector como Rahue Alto, Ovejería y P. Alegre, se realiza un encuentro comunal de salud con participación del equipo de salud y las organizaciones del sector. Al principio recibíamos muchas criticas malas y aprendimos a asumirlas y ellos también

han sido capaces de recibir lo malo con respecto a la salud. Yo diría que con el pasar de los años el problema mas serio es la relación del equipo de salud- usuario y el trato; ahora es mucho menor la cantidad de reclamos. No se si la necesidad mas grande que tienen ellos es con respecto a las horas medicas. Ayer conversaba con alguien que me decía que lo fundamental para los pacientes es el médico; si este no le resuelve su problema en 48 horas entonces toda la salud se califica como mala, todos los centros de salud son malos. Este es un tema bastante largo de conversar porque en la medida que educamos más a la población mas consultas demandan.

Bueno yo aquí enumero algunos de las cosas que se han hecho:

1. En el año 1992 se construye el laboratorio básico de la comuna de Osorno
2. En el 1993 se creo el modelo dental incremental.
3. En el 1994 se repone el centro de salud Pedro Jáuregui y el SAPU con 92 millones de pesos.
4. En el año 2000 se repara el centro de salud Ovejería, financiado por fondos FNDR BID donde trabajamos en conjunto con SECPLAC de la municipalidad.
5. En el año 2001 se repone el centro de salud Rahue Alto con un valor de 550 millones de pesos.
6. En el 2004 se entrega el centro de salud familiar Los Carrera, el Laboratorio y la Unidad de Rehabilitación con un valor de 850 millones de pesos.

7. Tenemos presentado el diseño del centro de salud P.Alegre y se espera que sea repuesto en el año 2006.

Gestión financiera: yo creo que, como sucede en todos los municipios del país, los ingresos son bastantes, llegan 1.600 a 2000 millones de pesos al día. El aporte municipal ha ido aumentando fuertemente por el reajuste, hoy en día la cifra asciende a la cantidad de 438 millones de pesos como aporte del municipio, lo mismo que yo creo que sucede en otras partes, donde el 77% del gasto va para remuneraciones del personal que esta en los centros de salud, un 3% para el personal de administración, y un 17% para gastos de funcionamiento que se incluyen en la farmacia.

Los grandes obstaculizadores fueron la resistencia al cambio y la presencia del modelo biomédico. Como ya se ha dicho, las Universidades van a tener que hacer el esfuerzo de transformar la enseñanza de los futuros médicos y profesionales de la salud para que egresen con una visión más clara de lo que significa el modelo biopsicosocial.

Nuestro gran desafío en el ámbito sanitario es mantener y ojalá mejorar los logros alcanzados, donde nuestra población se va haciendo cada vez mas envejecida, cambiar las desigualdades e inequidades, dar respuesta efectiva a la demanda y necesidades que hoy en día nos pide la población, continuar con el fortalecimiento del modelo de salud familiar y principalmente con equipos de salud comprometidos lo que nos hace sentirnos orgullosos de trabajar en atención primaria.

“Complejo Asistencial Barros Luco ”

Dra. Gisela Alarcón. Directora Complejo Asistencial Barros Luco

El complejo asistencial Barros Luco es un proyecto de 70.000 m², que sigue estando en etapa de desarrollo hace ya aproximadamente cuatro años. El complejo Barros Luco es un servicio de referencia de salud en la Región Metropolitana, con una población aproximada 1.200.000 de habitantes. Tiene una gran superficie, lo que nos complica por la seguridad de nuestros funcionarios y nuestros pacientes. En este complejo trabajan 2.232 personas aproximadamente y contamos con una área ambulatoria, en la que hoy en día reside el CDT, con un promedio de 1.200 a 1.500 consultas diarias, y en el área hospitalaria tenemos 650 camas en uso.

Quisiéramos comentar con ustedes cómo el equipo directivo del complejo ha tenido que vivir reintentando dar cuenta de las necesidades que teníamos en un minuto, en un contexto histórico que había instalado una manera diferente de hacer las cosas con respecto a los años pasados. Estoy hablando del año 1990 en el que se hace un diagnóstico de salud y se decide que hay que construir este espacio donde hay que ambulatorizar la atención para lograr impacto sanitario. ¿Cómo se hacía entonces eso, en un hospital que históricamente estaba funcionando igual que hace 50 años atrás, con 2.400 funcionarios con muchos años de servicio en ese mismo hospital, en los que evidentemente no existe una buena disposición a cambiar y por otro lado con potencialidades individuales muy fuertes?

El Barros Luco como hospital ya tenía desarrollos importantes en el área de cardiología y neurocirugía, especialidades desarrolladas individualmente, con servicios clínicos sin mucho vínculo con los otros niveles de atención. ¿Qué se hace entonces cuando nos encontramos con compartimentos estanco, no sólo de nivel, sino también al interior de la institución?

Había que comenzar un proceso de cambio, con tres grandes áreas que no fueron pensadas en el inicio del proyecto, sino que las hemos ido descubriendo en la medida que trabajábamos con los funcionarios. Lo primero que empezamos a descubrir es que

habían interfases, espacios no cubiertos ni por el nivel primario ni secundario, donde el primero derivaba y el secundario no tenía horas para atender. Ahí empezó un trabajo de redes, en el que hoy en día se está efectivamente encontrando resultado. Más que un concepto de red y de pensar en un nivel primario y en un nivel secundario, como decía también Adriana, se empezó a ver que existía otro concepto que era el de la intra red. En el fondo era mirarnos a nosotros mismos y ordenar las cosas, porque si no logramos ordenar nuestra casa, de ningún modo íbamos a poder abrir la puerta para recibir lo que la Atención Primaria requería de nosotros.

¿Qué entendemos por intra red?. Es fundamentalmente hacer que la institución funcione como tal y no como una secretaría de servicios clínicos o de especialidades o de sub especialidades, que no se vinculan y que existan interfases al interior del CDT o al interior del hospital. La primera lógica fue cómo mirar, cómo diagnosticar, cómo categorizar esa interfase, para luego intervenirla y lograr la continuidad de la atención, pensando que había que desarrollar fórmulas que anticiparan el daño. Teníamos que generar una atención en donde el paciente no se fuera quedando en diferentes etapas sin resolver nunca el problema. El tema, por tanto, fue cómo generar una mejor atención, anticipando el daño e instalando al proceso clínico como el conductor de esta continuidad asistencial. Se trataba, no de gestionar prestaciones ni aumento de consultas, sino de gestionar el proceso de atención del paciente diabético, del paciente cardiológico, superando los puntos críticos para que fluyera adecuadamente hasta su resolución.

Sin duda el piloto AUGE contribuyó a consolidar esta forma de trabajo, porque lo que hace es instalar la gestión por proceso clínico. Lo que finalmente interesa no es el número de prestaciones o el número de consultas o de controles, sino el crear impacto sanitario, lo que se logra anticipando el daño y resolviendo el proceso clínico con oportunidad.

Esto lo fuimos descubriendo dentro de nuestro equi-

po directivo, en un proceso de reflexión interna muy fuerte que luego presentamos y reflexionamos con los funcionarios. En esto no hay recetas. Lo que probablemente hace la diferencia en el avance de las instituciones, es que seamos capaces de trabajar más con las personas que hacen las cosas. Cuando nos llega una indicación en la que no hemos participado, sin duda lo primero que se dice "esto no sirve o no me parece", o "a lo mejor si ellos me hubieran preguntado yo habría dicho que esto se puede hacer de mejor forma". Lo mismo sucede con el auxiliar de servicio, por ejemplo, cuando uno diseña un proceso completo y no se preocupa si la camilla va a entrar o no, y el auxiliar dice: "como soy yo el que lleva las camillas todos los días, si usted me hubiese preguntado a lo mejor la puerta hubiese sido distinta o la hubiésemos cambiado", porque el doctor no ve por dónde entran las camillas, ni siquiera la enfermera, ni el técnico. El involucrar entonces a todos los estamentos en el rediseño de los procesos, es reflexionar permanentemente en la institución pero con todos los funcionarios, es probablemente la única forma, a juicio nuestro, de instalar una gestión de cambio.

Hoy día tenemos un equipo que está afiatado, que además ha sido flexible. Según el momento, todos los que formamos parte del equipo directivo del complejo Barros Luco hemos estado en más de un cargo y esa misma flexibilidad también se la pedimos a nuestros funcionarios. Se ha ido generando una masa crítica que ha ido transmitiendo esta misma lógica de pensamiento y no somos sólo los directivos los que se reúnen a discutir los procesos, sino que ahora son también los jefes clínicos los que analizan con sus funcionarios y buscan nuevas rutas.

En definitiva, con todas estas consideraciones, el complejo asistencial Barros Luco hoy en día es la unión del hospital histórico, clásico, con sus especialistas, con lo bueno y lo malo de un hospital, con el CDT, un edificio nuevo que dio la partida a este proceso. Cuando se instala el CDT, lo que se piensa es que no puede ser un nuevo CAE, sino que tiene que ser un lugar de atención ambulatoria con una alta resolutivez, que esté al mismo nivel del hospital, de manera que ambos estén coordinados bajo una mirada estratégica compartida, para ambulatorizar, para generar intra red, para hacer continuidad de atención entre ambos, para luego

ser capaces de generar continuidad de atención con la Atención Primaria y con los otros establecimientos del Servicio Sur. Ambulatorizar y sacar el concepto hospitalocéntrico es, a juicio nuestro, muy difícil hacerlo desde lo ambulatorio; quienes se tienen que dar cuenta de ello son los médicos que están dentro de los hospitales. El que tiene que ambulatorizar es el cirujano que trabaja en el pabellón dentro del hospital y es él quien tiene que tener total convicción que lo mejor es que esa cirugía sea ambulatoria.

Lo que ha hecho este complejo en estos cuatro años ha sido declarar que hacemos gestión en red porque no estamos solos; que los compartimentos estanco ya no existen, que no sirven; que cada servicio clínico debe hacer red con el de al lado, que el hospital esta en red con el CDT y que ambos están en red con la atención primaria. La gestión en red tiene que ver con vínculos, con acuerdos, más que con decretos, imposiciones o fórmulas enviadas desde otra instancia. Se trata de acuerdos permanentes entre los actores y gestión participativa, como acabo de mencionar, en la que se involucran todos los estamentos. Cuando uno le habla por primera vez a un doctor de gestión participativa, él cree que la hace juntándose con los otros doctores y a lo más con los becados; también sucede con las enfermeras, que creen que lo hacen bien juntándose con otras enfermeras; y el tema es que tenemos que juntarnos doctores, enfermeras, auxiliares, a lo menos.

La visión que tenemos hoy en día como complejo, es que tenemos que ser una institución inteligente, capaz de adaptarse cuando vienen los cambios, generando impacto sanitario, en el entendido que lo que sirve hoy a lo mejor no sirve para mañana. Tenemos que tener la capacidad para ir reflexionando y cambiando de acuerdo a las necesidades que surjan. La misión del complejo asistencial también ha sido desarrollada en una jornada inter estamentaria y validada por todos los funcionarios.

Nuestros valores están basados en generar equidad, en todo sentido, desde la distribución de las cargas de trabajo hasta la equidad en el acceso, eficiencia, y excelencia. Hemos tenido presente que la calidad técnica, en cualquier modelo de salud tiene que estar presente; el doctor tiene que ser el

mejor doctor y la enfermera la mejor enfermera. Y, por supuesto, también la ética institucional. En la jornada estamentaria se llegaron a desarrollar los cuatro grandes objetivos estratégicos. Yo sólo me voy a referir a la red externa y a la intra red. En cada proceso nuevo hay que ponerse en los zapatos del usuario y no olvidarse que el foco está en el usuario y no en el funcionario, tema que no es menor, porque nuestras instituciones se centran fundamentalmente en los funcionarios. Cuando hablamos de usuarios también tenemos que hablar de recursos humanos, porque lo que queremos es generar una conducta hacia nuestros usuarios que finalmente haga que nuestra misión se concrete; para eso necesitamos un recurso humano capaz de hacer eso. Esto nos condujo a generar primero una política de recursos humanos y un plan de recursos humanos del complejo, para que efectivamente las condiciones de trabajo fueran saludables y dignas. Esto también es válido para el equilibrio financiero, en el entendido que el funcionario requiere de una institución viable y sustentable en la implementación del modelo.

El hospital enfoca su quehacer en el proceso clínico y concentra la actividad cerrada y la unidad de emergencia. La actividad ambulatoria y las unidades de apoyo diagnóstico de alta complejidad de resolutivez, están a cargo del CDT. Ambas mantienen equipos directivos completos y se articulan con la dirección del complejo, que es la instancia administrativa que hace posible el funcionamiento de los establecimientos, para lo cual cuenta con un departamento de gestión de recursos humanos y con una unidad financiera. Hemos iniciado un proceso sistemático de evaluación, que dé cuenta de los objetivos estratégicos, o sea, cada proceso que parte del complejo tiene que estar centrado en el usuario, reorganizado en red e intra red. Hemos hecho nuestro el modelo de excelencia, conocido de todos en el complejo, de manera que cada uno de los múltiples procesos tiene que ser bueno y además alineado con el resto. No tiene sentido, no avanzamos y perdemos energía, si cada uno va en dirección distinta a los objetivos que han sido establecidos en la misión.

Quiero mostrar brevemente nuestra experiencia de red externa y nuestro proceso de intra red con rela-

ción a lo que acabo de mencionar. La red del Servicio de Salud Metropolitano Sur está compuesta por 30 consultorios, los que son nuestra puerta de entrada al sistema, pertenecen a 11 comunas y son de baja complejidad biomédica, pero de alta complejidad sicosocial, con una demanda creciente por cobertura y derivan al Complejo Asistencial Barros Luco, que tiene todas las especialidades médicas y toda la tecnología. Esa es una realidad con la que convivimos, donde el flujo de derivación es bastante más grueso que el flujo de contra referencia, porque el encariñamiento con los pacientes todavía se sigue viviendo.

Al principio les decía que una de las primeras lógicas fue mirar que pasaba con la interfase, y vimos las caritas tristes de miles de usuarios que ahí se quedaban y que no podían avanzar.

Cuando se empezó a mirar nuestras listas, el primer problema fue encontrar los datos de los pacientes en lista de espera. En esa lógica, se puso en marcha el CDT hace ya cuatro años y se generó un modelo de red distinto, cuyo propósito fue asegurar la continuidad de la atención en forma oportuna y con calidad para el usuario que es derivado entre los establecimientos de la red.

Lo primero fue entregar los cupos y este fue el eje. Los cupos son entregados desde el CDT a la Atención Primaria, quien debe ocupar, decidir, priorizar y enviar los pacientes. Se instaló además un modelo de gestión de interconsultas prioritarias, es decir, nos comprometimos con la APS a que cuando nos necesitaran con urgencia, nosotros le atenderemos a su paciente en menos de 3 días. Además que vamos a devolverle la información diciéndole cuán pertinente o no pertinente es la derivación y que trabajaremos juntos en la nueva derivación, en la generación de acuerdos en las que tenemos que ser ambas partes responsables. Entonces "no mande más al paciente sino que mande las IC priorizadas por fax y nosotros le vamos a responder", por lo tanto, empezamos a trabajar. Queríamos tener información confiable, es decir, saber de qué efectivamente estábamos hablando cuando decíamos interfase, quienes son los que esperan y con qué diagnóstico. Queríamos hacer capacitación gestionada, no la capacitación clásica, sino

mirar donde efectivamente teníamos los problemas y dar asesoría y acompañamiento a los consultorios permanentemente, lo que hasta hoy día mantenemos.

¿Qué riesgos teníamos en ese minuto? Que no conociéramos nunca la lista de espera porque siempre iban a estar en el consultorio, que perdiéramos cupos, porque iba a ser otro el que iba a entregar los cupos, que fueran usados en forma inadecuada, que nos descalificaran aún más, que los pacientes quedaran desprotegidos porque ahora eran otros los que iban a ocupar los cupos y nosotros no sabíamos si los iban a ocupar o no, que se perdiera la responsabilidad técnica en la derivación.

Lo que hemos obtenido en estos cuatro años de trabajo es todo lo contrario. Este modelo es conocido, entendido y aplicado en todos los consultorios, la comunicación entre niveles se ha hecho fluida, hay interlocutores confiables en cada uno de los establecimientos y en el CDT. En la actualidad, de las 97 especialidades el 93% entrega sus cupos a la Atención Primaria.

En cuanto a las horas dadas con prioridad, en el 100% de los consultorios hacen uso de ellas. 27 de los 30 establecimientos dicen que les damos buen apoyo porque estamos dando la hora en 3 días. Se ha hecho un monitoreo y seguimiento cada 3 meses de las listas de espera, acudiendo gente del CDT a los consultorios y revisando en conjunto lo que se espera encontrar para hacer que las listas de espera sean un instrumento de gestión.

La lista de espera no debe ser usada como un indicador bueno o malo, no le tenemos que tener miedo si aparecen 1.000 o 3.000, sino que tenemos que analizarlas para ver qué, efectivamente, hacemos con ellas, porque nos permite en primer lugar caracterizar la interfase y luego gestionarla y también gestionar la oferta.

Cuando nosotros planeamos la actividad de todo el año del complejo lo hacemos también con las horas médicas; las programamos con las listas de espera que están en los consultorios y así definimos cuántas horas se requieren para el hospital y cuántas horas para la atención ambulatoria. De este modo, tenemos listas de espera por cada consultorio y por diagnóstico y por especialidad. Hemos lo-

grado ir haciendo un proceso de ordenamiento de la demanda definiendo las áreas a intervenir, dónde capacitar y qué proceso instalar.

La evolución de las listas de espera desde julio del 2003 hasta julio del 2004 muestra por primera vez que se logró disminuir la lista de espera. La lista de espera por consultorio también presenta tendencia a la baja; cada consultorio tiene su lista de espera con diagnóstico por especialidad y se les han instalado distintos modelos de capacitación. Cualquier fórmula es útil para poder dar cuenta de esto, por ejemplo la evolución que ha tenido la lista de espera de gastroenterología entre julio y octubre muestra que bajó más la lista de espera en los consultorios capacitados, en cambio en los no capacitados esta lista de espera subió. A la fecha hemos atendido unos 8.000 pacientes de las listas de espera con este modelo de gestión.

La conclusión final es que la administración no es la que decide, sino que las claridades técnicas y el instalar acuerdos. Estas son las que nos permiten avanzar.

En relación a la intra red hemos instalado la capacitación de pacientes en la unidad de emergencia y en las unidades de agudo; también hemos hecho un ordenamiento de los pabellones y gestionado las unidades de apoyo. Se ha establecido como modelo de urgencia el modelo de selector de demanda y categorización de pacientes, con re-derivación de pacientes catalogados como C4 a la Atención Primaria. La categorización de pacientes se hace por criterio de gravedad.

En la concepción de atención progresiva se creó la unidad de paciente agudo destinadas a disminuir la pendiente tecnológica y de recursos humanos entre la unidad de paciente crítico (UCI, UTI) y la sala común. Se ha podido efectivamente reasignar el personal de acuerdo a complejidad. El promedio de días de estada en esas unidades es de 2.6 .

Tenemos un modelo transversal de gestión de pabellones que ha permitido hacerlos funcionar de manera flexible, acorde a los requerimientos que existen y a una redistribución y estandarización de los recursos inter pabellones.

Veamos algunos resultados, pensando que estamos

a punto de tener impacto sanitario aunque estos indicadores todavía no lo demuestran: la lista de espera está en descenso; el aumento de las consultas de especialidad electivas es de un 7.7% mientras las consultas de urgencia se reducen en un 1%; la pérdida de consultas llega a un 12.5%. El usuario sigue aún haciendo lo que quiere, pero de alguna manera está siendo orientado a consultar en el CDT y no en la urgencia. Las cirugías mayores ambulatorias han crecido en un 22.9%, representando el 19.4% del total de cirugías mayores. Los

egresos han aumentado en un 3%, a expensas de pacientes de alta complejidad, mientras que los egresos de obstetricia bajan en un 10% y el promedio de días de estada desciende de 7.4 a 6.8 días.

En resumen, el gran desafío consiste en constituir lazos, vínculos y acuerdos en forma permanente e insistir en la gestión participativa como el principal motor de cambio, junto con la invención de nuevas rutas para dar cuenta de los problemas que a diario se presentan.

“Consejo Integrador de la Red Asistencial de Talcahuano”

Dr. Wladimir Hermosilla. Servicio de Salud Talcahuano

Para nosotros como Servicio de Salud Talcahuano es un orgullo estar presentando nuestra experiencia acumulada a lo largo de todos los años que llevamos trabajando con el Consejo de Integración de Red Asistencial y con todas las personas que trabajan en la red asistencial, en particular también destacar aquí a los usuarios.

Avanzando en la implementación del Consejo Integrador de la Red Asistencial, aquí les presento nuestro Servicio de Salud ubicado en la octava región. Somos un servicio pequeño, con una población cercana a los 350 mil habitantes, como en la mayoría de los servicios de la octava región con un 70% de beneficiarios FONASA y algunas comunas totalmente urbanas.

Los antecedentes en relación a como se ha ido formando este trabajo, en esta jurisdicción, diremos que tiene su inicio alrededor del año 2000. En ese momento ya existía en nuestra jurisdicción un trabajo con dos instancias en relación a la red asistencial: por un lado el Consejo Técnico de la Red Asistencial, donde están fundamentalmente los tres directores de salud municipal y directivos del Servicio, que tenía como objetivo fundamentalmente definir algunos aspectos técnicos y políticos en relación a la red asistencial y a las coordinaciones, y por otro lado, estaba el Consejo de Red Asistencial propiamente tal, formado por la dirección, los tres directores de los establecimientos hospitalarios: nuestro hospital base Higuera, un hospital tipo 2 en Tomé y un hospital de baja complejidad tipo 4 en la comuna de Penco. Aproximadamente el año 2000 se integran a este Consejo de Red Asistencial los 7 directores de los centros de salud que tenemos en nuestra jurisdicción, 5 en Talcahuano, 1 en Tomé, y 1 en Penco.

A medida que fue transcurriendo el tiempo nos dimos cuenta que no era suficiente y a mediados del año 2002 se genera un Plan de Desarrollo Estratégico. Fue un trabajo convocado por el director del Servicio hacia todas las instancias de la red asistencial, fue muy participativo, además de los

directivos de los diversos establecimientos de las direcciones de servicio, también asistieron nuestros usuarios representados por el consejo de participación social y también los dirigentes de los diferentes establecimientos. En esa oportunidad definimos una jornada muy participativa fundamentalmente con 4 ejes temáticos: el desarrollo de la red asistencial, el desarrollo de las personas que trabajan en el área de la red asistencial, la participación social propiamente tal como un eje clave y el sector de desarrollo de los sistemas de información y registro.

Respondiendo a la política asistencial y al desarrollo de la implementación avanzada en el proceso de reforma, el 14 de mayo del año 2003, se creó el Consejo Ejecutivo de la Red Asistencial del Servicio de Salud de Talcahuano. Entonces se hablaba de Consejo de Red Asistencial, nosotros le pusimos este término Ejecutivo fundamentalmente por las características especiales que nosotros le querríamos dar a este consejo, dándole un sello fundamentalmente más participativo pero también bastante más resolutivo. Dada las características de nuestra región, que son solamente 3 comunas, tenemos la oportunidad de juntarnos con otros sectores que nosotros también consideramos que son claves. El consejo quedó compuesto por dos integrantes encabezados por el director de Servicio, el Subdirector Médico del Servicio, el jefe de departamento que ve las personas, el director de la dirección de atención primaria, los tres directores de salud municipal de nuestra jurisdicción, los 3 directores de los hospitales, y 2 representantes del consejo de participación social de salud.

Dos palabras con respecto al Consejo de Participación Social de Salud, para las personas que no estuvieron ayer en las presentaciones, esto es una instancia formal constituida alrededor del año 2001, que reúne a 19 agrupaciones sociales de toda la jurisdicción, tanto Consejos de Desarrollo, como Comités de Salud de los centros de salud, Comité Viva Chile, Unión Comunal de Juntas de Vecinos. Estos representantes eligen democráticamente un

cuerpo directivo de 7 usuarios o personas que los representan y participan activamente en el Consejo Integrador de la Red Asistencial.

Como objetivo de nuestro Consejo Ejecutivo de la Red Asistencial nos propusimos el definir áreas de desarrollo, lineamientos de trabajo y coordinación necesaria entre las distintas municipalidades y el Servicio de Salud Talcahuano para garantizar el cumplimiento de las reglas sanitarias y resolución de los problemas de salud de las personas a través de una integración real. Es una instancia de carácter resolutivo y no solamente asesora a la dirección del Servicio, es la instancia en que están representadas las máximas autoridades de nuestra red y obviamente también participan los ciudadanos organizados. Concretamente se toman decisiones válidas para toda la red asistencial y esto obviamente habla de la importancia que le damos nosotros a las relaciones que tenemos con nuestros pares, a la creación de lazos de confianza que deben existir porque en el fondo el Director de Servicio cede entre comillas el poder a este colectivo para que tomen decisiones en conjunto que sean un beneficio para toda la red asistencial.

Existe una participación real y efectiva de los usuarios de la red asistencial en la instancia máxima de la red de coordinación y toma de decisiones del sector. Los dos representantes del Consejo de Participación Social de Salud tienen derecho a voz y voto al interior de este consejo, pueden proponer temas, pueden resolver, orientar, criticar, etc.; existe una gestión democrática con una importante participación ciudadana como instancia de control social de la gestión de instrucciones públicas. En este aspecto consideramos que la participación de nuestros usuarios nos enriquece y fortalece nuestra gestión; también existe y nosotros creamos al interior de los establecimientos, las relaciones cooperativas entre la red asistencial y las redes comunitarias de manera de generar respuestas adecuadas de la red de servicios de salud a las necesidades de la población y finalmente todo esto en un marco de democratización de la gestión y respeto por los derechos de las personas.

Uno de los logros para nuestros usuarios es la implementación en nuestra red asistencial, de los pases para los dirigentes sociales, donde todos, hoy

en día, tienen este pase que les permite ingresar y transitar libremente por los establecimientos de salud principalmente por los hospitales resguardando las normas hospitalarias. Esto permite llevar algunos recados, etc. a los pacientes. Estos pases se implementaron a principio de este año y son firmados por el Director del Servicio y por el Presidente del Consejo de Participación Social.

Los usuarios nos hicieron ver cosas sencillas, que muchos de ustedes conocen, y que se implementaron en toda la red asistencial como aplicar un formato gráfico en la prescripción de fármacos fundamentalmente para los adultos mayores, personas con dificultad visual o analfabetas. Así se explica fácilmente como se deben administrar los fármacos, nosotros pensamos que estas son ideas simples que se pueden aplicar en toda la red, que probablemente pueden ocurrir en otras instancias. Lo importante de este consejo directivo es tener la oportunidad de escuchar a los usuarios, lo que es muy importante para ellos, que se validen por presentar frente a nosotros esta u otras propuestas.

Otro logro relevante es el convenio que nosotros lo denominamos "buscando juntos" en la red asistencial de Talcahuano con la CENABAST. Esto fue firmado también este año y en la práctica nos permite adquirir en forma conjunta fármacos e insumos avanzando de este modo en el fortalecimiento del desarrollo de la gestión de la red asistencial. Compramos como red, no compramos como establecimientos independientes, sino como una sola red asistencial, tanto en el sector municipal como en los hospitales del Servicio de Salud de Talcahuano. Esto nos mejoró la capacidad de negociación y nos permitió ordenar internamente todo el manejo de la gestión de fármacos e insumos. Esto se logró a través de varios meses de trabajo de mucha negociación, generando confianza entre todos los integrantes de esta red.

La experiencia con la CENABAST, fundamentalmente del mundo municipal, no era la mejor y efectivamente esto generó la creación de una comisión de trabajo y así fuimos avanzando y finalmente logramos concretar este convenio con la firma de los 3 alcaldes y del Director del Servicio en presencia del señor Sub Secretario y del Director de CENABAST. Después de varios años de trabajo pen-

samos que este convenio tiene un valor muy importante y que también sirvió para validar el Consejo Integrador de Red Asistencial como una instancia formal que es capaz de acoger, proteger, sostener los diferentes temas al interior de la red asistencial.

También el Consejo Integrador de Red Asistencial ha definido y entregado orientaciones sobre algunos aspectos del manejo de medicamentos al interior de la red, como cuando a un establecimiento le sobran medicamentos (sobre stock) puede fácilmente transferirlos a otro que le falte (déficit) o la construcción conjunta de protocolos clínicos terapéuticos para las enfermedades más prevalentes de manera que se puedan usar al máximo los medicamentos, o introducir modificaciones en el arsenal farmacológico con participación activa de cada uno de los participantes de la red asistencial.

Trabajar en red también ha servido para crear una comisión de trabajo en la red asistencial de Tome, integrada por la directora del hospital, el jefe de la dirección municipal de Tome, un representante del consejo municipal de Tome, el director de atención primaria y sub director médico, para levantar un diagnóstico de la red asistencial de la comuna y proponer una propuesta de desarrollo estratégico. Actualmente el hospital tiene un consultorio adosado de atención primaria y se propone estudiar como vamos a traspasar esta atención primaria a la municipalidad. En ese sentido esta comisión tiene que levantar un diagnóstico y presentar la propuesta concreta ante el Consejo Integrador de la Red.

Otro tema importante que lidera el Consejo de Red Asistencial es el trabajo de excelencia organizado desde Chile Calidad. Definido por nosotros llevamos

17 proyectos de mejora desplegados en toda la red con grupos representativos de todos los establecimientos. Actualmente vamos con excelente cumplimiento, el CIRA esta haciendo un monitoreo o evaluación permanente a lo largo de este año de este proceso que para nosotros es clave.

¿Cuáles son las fortalezas que nos permitió llevar adelante esta estrategia? Fundamentalmente la voluntad política de la Dirección del Servicio de Salud Talcahuano de avanzar en el área de la participación social como un elemento clave en la gestión. Hoy en día existe en nuestra dirección de salud una unidad interna de participación social dedicada exclusivamente a la formulación y coordinación de estrategias para alcanzar la participación social, que está validada institucionalmente y también socialmente.

Se cuenta además, con un sólido aliado municipal tanto por parte de los alcaldes como de la dirección de salud municipal, con una fuerte interacción con la base social de las diferentes comunas.

Otra fortaleza clave es la existencia de un fuerte tejido social local, con tradición histórica en el trabajo colectivo. En las tres comunas hay un trabajo social histórico por eso para nosotros fue fácil convocar a los usuarios que ya estaban organizados e invitarlos a trabajar en conjunto para ir mejorando la calidad de la atención de salud en nuestro sector. Esta situación nos ha favorecido y nos orienta a seguir trabajando y a seguir profundizando tanto en el trabajo en la red asistencial para la implementación del modelo de salud, como en el área de la participación social, para dar realce a los deberes y derechos de los usuarios y al tema de la participación social.

PRESENTACIÓN DE INVITADA EXTRANJERA

“ Gestión de Instituciones de Salud y estrategias para el cambio”

Dra. Mercedes Mengíbar.

Sicóloga Organizacional. Master en Economía de la Salud

El sistema sanitario en España es un modelo que lleva 20 años de desarrollo en reforma, que ha cambiado junto con el entorno y las circunstancias, la ideología, lo que hace de la reforma un proceso constante, que va del cambio sustancial al organizacional de la vida. Sin embargo, es un modelo del que el 70% de la población está satisfecho, lo que indica que aún hay cosas que cambiar.

El sistema sanitario ofrece una amplia cartera de servicios y prestaciones; cuenta con una extensa red de atención primaria y hospitales; desarrolla programas de formación de profesionales de post grado y programas de investigación biomédica (incluso trabajo con las células madres); su financiación se realiza a través de impuestos; y existe equidad en el acceso a las prestaciones. No obstante, y a pesar del tiempo destinado a la coordinación del sistema, existen desniveles, especialmente en lo que se refiere a la continuidad de la atención, por lo que se están realizando esfuerzos para solucionarlos.

Se presentan problemas de coordinación interna entre los centros, no necesariamente entre la atención especializada con la atención primaria, como mencionaba ayer el doctor Mario Ramírez. El problema se presenta entre el servicio de UCI y de Urgencia; o entre los especialistas. Un factor asociado a esta descoordinación es el desarrollo de los recursos humanos. Estamos enfrentando un cambio generacional de profesionales y trabajando el tema de carrera profesional, que ha estado ausente. En cuanto a equipamientos e infraestructura, nunca va a ser suficiente, tiende a hacerse obsoleto y está sujeta a expectativas ilimitadas en incorporación de tecnología, no necesariamente adecuada.

Hay otros elementos que también requieren cambios, como el modelo divisional, con estructura departamental, con una política de formación continuada y de investigación un poco voluntarista, en

vez de hacer gestión del conocimiento. También existe la competencia entre los profesionales en los diferentes niveles y unidades.

Han habido elementos inductores del cambio, como el perfil demográfico de la población, ha cambiado la pirámide poblacional debido a la fuerte inmigración. También los cambios tecnológicos en las prestaciones, el desarrollo de la tecnología, de la información y del conocimiento. Estos factores van a cambiar incluso la fisonomía de los hospitales: ya no va a ser necesario que los instrumentales o equipamientos estén físicamente en el mismo sitio, especialmente considerando que el espacio que es un recurso tan limitado y el costo del metro cuadrado en un hospital se va incrementando.

En relación con los usuarios, tenemos ahora un ciudadano que ejerce su derecho. Afortunadamente ha sido promulgada la Ley de Autonomía del paciente. También nos enfrentamos a un profesional de salud más exigente y dentro de un nuevo marco legislativo, la ley de la cohesión. A esto se suman los cambios introducidos con la constitución de la Unión Europea. Aparecen temas como la movilidad de los ciudadanos, el libre acceso de las prestaciones como ciudadano en la unión europea, las normas reguladoras comunes, como la investigación y el desarrollo de la tecnología.

Se generan entonces nuevos mercados proveedores y eso hace necesario que el sistema sea sostenible, lo que requiere de la opinión de los administradores públicos. Asimismo, la cartera de prestaciones se incrementa en complejidad y en costo tecnológico o farmacológico. La disyuntiva es qué podemos pagar y hasta dónde podemos decir que no va tener que existir otro copago.

Aparecen nuevas enfermedades, la decisión clínica basada en la evidencia, nuevas necesidades en

espacio para la tecnología, y mayor exigencia y calificación personal.

Lo ideal sería cambiar el concepto de paciente a ciudadano, con mayor protagonismo en su decisión sobre su salud. No sólo tiene que cuidar su salud si no también su sistema de salud. Sin embargo, el cambio ciudadano exige más de la administración pública, que se enfrenta a una medicina más defensiva.

El profesional más exigente requiere de más apoyo tecnológico, más dialogo, quiere mayor participación, mayor autonomía. Este cambio lo hemos evidenciado en las unidades de gestión pública, donde se ofrecen mejores condiciones laborales y más apoyo a la formación continuada, independientemente de si son los laboratorios farmacéuticos los que están financiándola.

Para saber cómo vamos a realizar el cambio, tenemos que ver si conocemos bien nuestra situación y el entorno en que queremos convertir nuestra organización. Tenemos que tener claro qué es lo que no tenemos que cambiar, qué es lo que queremos que continúe y mejore y qué vamos hacer para lograr esto.

Cabe destacar que las organizaciones están cambiando, son organizaciones más planas, con menos jerarquía, con un profesional mucho más autónomo. Donde se implementan temas como calidad total, la reingeniería de procesos, la orientación al cliente, la utilización de la tecnología de la información y comunicación en el proceso productivo. El Internet, como medio de comunicación interno y externo, da como resultado que tenemos pacientes con acceso a igual o mayor información que el profesional. Las nuevas prestaciones de telefonía móvil le permiten a los pacientes acceder a los hospitales para ver las consultas, citas o alguna exploración. Se ha desarrollado la facturación de servicio en atención primaria y entre especialidades. Se ha implementado la gestión clínica para darle más autonomía a los profesionales. Se han desarrollado unidades de gestión que se acreditan por la agencia de calidad de Andalucía, y áreas de gestión sanitaria. Las empresas públicas están siendo dotadas de personalidad jurídica propia donde están sometidas al derecho privado y están siendo sometidas a la ley de administraciones públicas.

Está bien que suceda esto, pero si el resultado final es que realmente no hay gestión del clínica por parte de los profesionales, quienes son los que están realmente tomando las decisiones que valen mucho dinero, si no hay gestión clínica que significa participación pero también corresponsabilidad, es muy difícil

Hay 8 etapas según Kotter, catedrático de Harvard que estudió muchas empresas no sanitarias, tanto pequeñas como grandes, algunas con éxito y otras sin tanto éxito, y llegó a la conclusión de que los que habían tenido éxito habían intentado re-ingeniería de procesos y calidad total para ser más competitivas en el mercado, estoy hablando de empresas como AZOR o General Motors y otros, habían pasado por esas 8 etapas y habían 2 principios generales: uno, que no tenían que saltarse ninguna de ellas porque, aunque parece que van más rápido, luego lo que hacen es retroceder; y dos, que incluso cuando los directivos eran más preparados, lamentablemente cometían algún error muchas veces porque no estaban formados en gestión del cambio.

Las etapas que identificó son:

- Establecer una sensación de urgencia.
- Constituir una coalición directiva.
- Crear una visión.
- Comunicar esa visión.
- Empoderar a otros actores con esa visión.
- Planificar y crear beneficios a corto plazo.
- Consolidar las mejoras y mantener el movimiento de cambio.
- Institucionalizar los nuevos enfoques.

El crear una sensación de urgencia significa analizar la situación en relación con las prestaciones y con el usuario, tanto externo como interno, y con los profesionales, e identificar cuál es la situación crítica, identificar las oportunidades, y transmitir las de forma impactante en todo el proceso de cambio, mediante un plan específico de comunicación. Es necesario responderse las preguntas ¿ qué vamos a ganar con el cambio?, ¿ para que es útil el cam-

bio?. Porque cambiar significa hacer un esfuerzo, y cuesta más si no somos capaces de saber cuáles son las oportunidades. También cuesta quitarse los miedos e inseguridades.

En segundo lugar, hay que formar la Coalición directiva, que no necesariamente implica a todo el personal directivo, pues un grupo reducido, dependiendo de la envergadura del cambio, es capaz de analizar la situación y elaborar el esqueleto general del plan de cambio. En el proyecto de Antequera eran 70 personas las que formaban esta coalición.

En tercer lugar, crear la visión. Esa coalición ve la imagen del futuro: ¿ dónde queremos llegar?. La verdad que muchas empresas que han fracasado no tenían una visión clara de donde querían llegar. La visión ayuda a avanzar, ayuda a definir el propósito esencial, que es la misión y los valores. Donde éstos son constantes, no van a depender si se adaptan al entorno, lo que va a cambiar son las estrategias para llegar a ello. También es muy importante saber qué es lo que queremos conservar, que es lo que no queremos cambiar. Los componentes de la visión, que es la ideología esencial, que son los valores esenciales, el propósito esencial, que es el alma la razón de ser de la organización, el sentirse orgulloso que perteneces a la Salud pública de Chile como decía ayer Ricardo, es el futuro imaginado. ¿ Qué queremos de esta reforma?, ¿ qué vamos a llegar a ser?. Y después es muy importante que seamos capaces de hacerlo tangible. La ideología esencial, que se complementa con el futuro lógicamente imaginado, suele ser un plan de 5 o 7 o 10 años, depende lo que se marque con los objetivos, que es lo que tu vas cambiando, y también si el entorno va cambiando estrategias. Y sería absurdo que aunque tengamos la visión y si somos capaces de comunicarla, y que hayan personas que estén dispuestas a ayudar al cambio, no hagamos nada.

La cuarta etapa dice que si las personas que le hacen ese sacrificio no le ven utilidad, entonces todos estos mensajes de cambio no sirven. Primero, hay que incorporar estos mensajes en nuestro diario vivir, en nuestra comunicación formal, y aprovechar todos los canales de comunicación que tenemos para transmitirlo. Este tiene que ser un proceso planificado. Es muy importante que durante

todo el proceso de cambio seamos capaces de transmitirlo con nitidez . Si, por ejemplo, ayer se mostraba en ese esqueleto de plan cambiar la aportación de los profesionales, lo importante es que los profesionales participen en la visión, en la elaboración de la visión y va a ser posible porque serán capaces de hacer lo suyo y esto como experiencia personal asegura el éxito de cualquier proyecto. Y es que si las personas o profesionales de la organización lo hacen suyo, si se consigue como directivo hacerlo, es maravilloso, porque comenzarán a hacer cosas que significan desgaste y trabajo, pero que merecen la pena. Cuando lo vas transmitiendo se generan portavoces y se va más rápido y, a su vez, van transmitiendo este mensaje a otros sitios y se va extendiendo.

También hay que deshacerse de los obstáculos al cambio. Mario lo decía ayer, cambiar la estructura o el sistema que está dificultando esto, que le quitan coherencia. Eso significa que tenemos que asumir riesgo y proponer ideas innovadoras. Hay que planificar ideas a corto plazo para ganar credibilidad. Hay acciones que son rápidas y que no tienen un costo elevado. Esto te refuerza mucho porque ellos empiezan a ver que las cosas son posibles y que hay pequeños cambios, y reconocen a estos profesionales que están involucrados en ese proyecto. Reconocerlo y por supuesto retribuirlo económicamente. Darse cuenta que los incentivo no son sólo económicos.

El proceso tiene que ser dinámico y es necesario además aprovechar ese momento donde ya hemos tenido acciones con éxito para cambiar, reforzar a esos profesionales que pueden impulsar el cambio con más proyectos o nuevas personas que se conviertan a su vez en gente de cambios.

Todo proceso de cambio, como señala Lewin, presenta tres fases: descongelar, crear la necesidad del cambio y gestionar la resistencia al cambio. Siempre va a haber resistencia, siempre van a haber personas que estén muy poco en pro del cambio y otros que se resistan por muchos motivos: porque les da miedo, porque no sabrán que pasará con sus puestos de trabajo. Esto es parte del diagnóstico. La segunda fase sería el mismo cambio en sí, pero ya en su conducta. Ese cambio puede ser en una persona, en el grupo, en el tipo de tecnología o en

la estructura del hospital o de la organización que sea. Una vez que se haga el cambio, tenemos que volver a congelar los resultados, tercera fase, que se hace reforzando, como lo comentaba antes, que al hacer modificaciones lograr que estas lleguen a institucionalizarse. Es decir, que la propia organización lo haga suyo y que no vaya a permitir al que venga que lo cambie.

No hay un proyecto igual que otro, lo mismo que no hay un hospital igual que otro, aunque estemos todos dentro del mismo marco. Pero si hay algo común a todo esto, es que siempre está orientado a las personas. Entonces, cómo implicamos a las personas en ese proceso de cambio. Lo primero es que lo tenemos que creer nosotros mismos y lo tiene que creer la dirección; si ésta no se lo cree, es muy difícil que tu vayas a transmitir algo. Hay que ser muy claro con la información del problema o no esconderlo, saber cómo comunicar los logros esperados, tenerlos muy claros, nítidos, darles participación en el diagnóstico, dejar que ellos también participen, que digan realmente lo que sientan. Pero vamos a recibir críticas, y si no estamos preparados jamás podremos lograr éxito en el cambio. Sabemos que la crítica no es mala, puede servir como un inicio en el proceso de mejora, siempre que lógicamente la crítica sea constructiva y se les de el protagonismo a las personas hasta donde quieran ellos colaborar. Pero no sé si todos los directores de hospitales o distritos o de un servicio son lo suficientemente maduros como para que el protagonismo lo quieran ceder.

Fundamentalmente, la fase de la comunicación de la gestión que va durante todo el proceso. La primera fase sería la situacional, que coincide con el análisis de situación, determinar quién va a liderar el proceso de cambio, establecer el clima de confianza y publicar muy bien qué es lo que vamos a cambiar. Sería como sensibilizar, donde coincide con Lewis en descongelar. La segunda fase, la adaptativa, que es el cambio en sí. Ahí es donde ya hay que gestionar los equipos que estén en resistencia. Se puede decir que si yo le doy mucha participación puedo generar muchas expectativas, que si lo hago, luego me van a exigir más. Si no les doy participación lo que voy a tener seguro es rechazo, por eso hay que crear un clima de entendi-

miento, conversarlo, seducirlo, tratar de que no sea un convencimiento, porque el cambio va solo ahí con la actitud del conceder, saber la gestión de las emociones, de cómo somos capaces nosotros de llegar ahí, para que ese cambio no sea transitorio. La tercera fase, congelar; fase que en todo el proceso tiene que ir junto con el plan de comunicación absolutamente preparado, con reconocimiento a todos los participantes, y publicación de los resultados. Estos resultados deben volcarlos en la organización y en la gente, para que el cambio sea reforzado.

Voy a contar la experiencia en nuestro hospital de Antequera, el que es público. No es una experiencia piloto autogestionada. Pertenece al Servicio de Salud Andaluz y en el año 1998, cuando me nombraron gerente de ese hospital, había otro hospital que estaban construyendo. La obra se había parado porque la constructora había quebrado y por muchos problemas había una plataforma pro-hospital, donde estaban todos los partidos políticos llorando porque llevaban 10 años y no había forma de terminarlo. No se cuántos gerentes habían ya pasado y por problemas, seguramente de presupuesto, no se había podido terminar. Cuando llegamos al hospital, cuando formé al equipo, pensamos nosotros que queríamos aprovechar ese momento de cambiar el hospital, para cambiar la cultura. Este es un hospital que atiende una población de 100 mil habitantes, con 137 camas funcionando; tiene capacidad para 205 camas, pero ya verán cómo hemos cambiado (lo que es en cirugía mayor ambulatoria, ha sido mucho más ambulatorio que con cama o internado). Tiene un presupuesto de 30 millones de euros, que son 180 millones de pesos aproximadamente, y 625 profesionales, los ingresos sobre 7 mil y estancia de 5.41 días; 6 mil intervenciones quirúrgicas. En , el año 1999 era un 20% lo que hacíamos de CMA programada, en este año son un 77%. Se atienden de 110 mil a 112 mil consultas y 63 mil urgencias. El hospital costó 30 millones de euros y el terreno lo cedió el ayuntamiento. Tiene 100 mil metros cuadrados, con 48 mil metros de superficie. Es un hospital bonito y nuevo y lo que pensábamos ¿qué podemos hacer para que el cambio del edificio, que es hermoso por fuera pero caótico, tanto en equipamiento como en estructura?. Creíamos que no podíamos desaprovechar este mo-

mento y que iba a ser histórico para el hospital, queríamos generar apoyo interno y externo, hacer un hospital participativo e integrar el hospital en su comunidad. Aunque en el año 1998 no estaba lo que era el plan de calidad, tenemos un marco en donde nos movemos y es la ley de salud de Andalucía. El segundo plan Andaluz de la Salud es el plan de calidad y eficiencia de la Consejería de Salud, el Plan Estratégico del Servicio de Salud Andaluz. No es que nos vayamos a inventar lo que hacemos, pero si nosotros planteamos qué valor añadido le podemos dar a la organización, a la consejería, qué podemos hacer nosotros porque no hay un hospital igual a otro, entonces lo que se hizo fue integrarlo en su comunidad, incorporar esa nueva cultura y por supuesto continuar con una mejora en la eficiencia y la eficacia, y para ello desarrollamos 3 estrategias fundamentales. Desde el 98 se hizo que 100 personas, que eran los agentes que influyen en el hospital tanto interno como externo, nos fuimos a un sitio fuera, pero cerca del hospital, y estuvimos 2 días y medio decidiendo cómo queríamos el traslado. El grupo estaba conformado por usuarios, muchos asociados de vecinos, sindicatos, otros hospitales mas grandes que nosotros teníamos de referencia, personal de los servicios centrales y personal de la consejería. Yo creo que no dejamos a nadie afuera. Fue una instancia muy intensa y salió un documento de trabajo muy importante que fue el arranque para ver qué es lo que queríamos cambiar y qué querían los ciudadanos antes de que fuera su nuevo hospital.

Para el cambio de cultura corporativa hicimos un plan de marketing y comunicación del traslado y un proyecto de comunicación estratégica, que le llamamos POE, porque tenemos un plan de proyecto del SAS y un plan de calidad, y nos planteamos: ¿ qué vamos a hacer nosotros como hospital para poder cumplir?, y luego que todavía no estaba afianzada esa cultura cooperativa, desarrollando líneas estratégicas y el plan de marketing, queremos no perder esa oportunidad y la estrategia de marketing que desarrollamos era priorizando los clientes o usuarios, los clientes internos, los profesionales. Desarrollamos la imagen de la comunicación externa con un programa de identidad cooperativa, reuniones con prescripciones de imagen externa,

estrategias con los medios de comunicación, reuniones con los equipos de presión, que además teníamos médicos, y presencia en un foro de interés y en organización de eventos científicos, sociales, y profesionales.

Se hizo el traslado del hospital el 14 de octubre 1999 y significamos la inauguración del cambio con niños, que son el futuro de todas las sociedades y hacia el siglo XXI. En la comunicación interna estuvimos además asesorados por una consultoría externa, todavía en fase de análisis, de investigación con los informadores claves. Las propuestas que salieron de ese documento fueron formar mucho al personal en comunicación interpersonal. A veces la decisión más importante en una organización se paraliza por relaciones interpersonales y cuesta mucho dinero que eso se pare. En comunicación en crisis formamos a los portavoces del cambio en reuniones con la metodología de información, de expresión, de toma de decisión, de resolución de problemas. Se les ha dado muchos eventos internos e hicimos un plan de acogida, paneles informativos, soporte escrito y luego hicimos lo del proyecto de orientación estratégico, porque pensábamos que en la medida que los profesionales participan en el modelo del diseño del hospital, asume el costo de hacer lo posible y aunque teníamos todo el marco conceptual ahí, teníamos que decir " bueno y eso a nosotros en qué se traduce" en mi hospital, qué tengo que hacer yo para estar en la línea de la Consejería, qué es lo que queremos. Con un proyecto de orientación estratégico íbamos a mejorar mucho nuestro desempeño, íbamos a afrontar los problemas que teníamos. El hospital era nuevo, con nueva tecnología. Habían muchos problemas que teníamos que resolver y era una forma moderna de gestionar el cambio en esa cultura. Nos preguntábamos hacia donde queríamos que se dirigiera, qué vamos a hacer para conseguirlo, qué principios o valores son los que van a guiar nuestras opciones, cuáles son nuestros puntos débiles o fuertes, qué opinan los profesionales, cómo valoran el hospital los ciudadanos.

Lo primero que hicimos fue crear el comité de planificación. Lo compusieron más de 70 personas y trabajamos mucho toda la fase de análisis de situación. Eso fue aproximadamente de noviembre del

2000 al 2001. Fue casi un año porque teníamos que atender muchas cosas que eran, por ejemplo, un edificio nuevo que empezaba, y después las líneas estratégicas, porque queríamos hacerlo que fuera una forma permanente de trabajo y que eso nos sirviera para algo.

En relación a la organización, la creación del comité y la instalación del establecimiento se realizaron en base a un calendario de planificación. En la 2ª fase de análisis interno y externo, el análisis del entorno sanitario; en la 3ª fase, los valores, la misión, las líneas de estrategias, los planes de acción; y en la 4ª fase, el seguimiento y evolución de los planes de acción; se siguió un cronograma y un plan de comunicación específico, tanto interno como externo. Finalmente, en la fase de mejora, evaluamos y practicábamos.

Cuando se reunió el comité, todo el análisis que se hizo en él lo pusimos en línea, absolutamente coherente, con el plan de calidad de la Consejería, el Plan de calidad y eficiencia. En este plan, es central el concepto "del hospital al ciudadano", proyectar al hospital hacia la comunidad y al entorno socio sanitario; impulsa la gestión por procesos, como eje de la continuidad asistencial; busca fortalecer la gestión de los profesionales del hospital en las unidades clínicas, por ejemplo, potenciar la política de calidad, y mejorar la organización e infraestructura del hospital. Es así como incorporamos los directores de línea a la gestión de calidad (decía yo antes que la calidad no puede ir por una parte y nosotros con la asistencia por otro lado), formamos a los portavoces, a todos los directores de línea y a los mandos intermedios, provisorios, o cualquiera de los que fuera responsable para difundir el proyecto entre todos los profesionales.

Ya estábamos en la fase cuarta: comunicamos los resultados con reuniones de equipo con material gráfico (lo presenté en el salón de actos del hospital para todos los profesionales), y desarrollamos un sistema de evaluación de línea de mejora para todas esas propuestas. En la línea de fortalecer la gestión de los profesionales, los acreditamos como unidades clínicas de gestión e hicimos un plan de comunicación interna, y elaboramos un mapa de competencias de los profesionales la unidad de clínica.

En la gestión asistencial, se trabajó en el desarrollo de: unidades de gestión clínica, gestión por proceso, y consulta de alta resolución. De hecho, la hospitalización ambulatoria presentó un espectacular aumento del 20 al 77%, cuando lo normal es estar con un 40 o un 50%. El hospital ya estaba acreditado y nos estábamos preparando para acreditarnos por la Agencia de Calidad de Andalucía, porque era cultura del hospital y el hospital quería ser el primero que la Agencia Andaluza acreditara de toda la red, y lo logramos: constituimos comisiones y grupos de mejora y de gestión del conocimiento, tanto para la atención sanitaria basada en la evidencia como para la formación y la investigación.

En la línea de gestión por procesos, como dándole respuesta a la continuidad asistencial y a la expectativa del ciudadano, se establecieron procesos integrados a nivel de la comarca, donde participan tanto el hospital como la atención primaria. Estos los procesos se implantaron en el 2002. La Consejería de Salud elaboró un mapa de procesos, con 42 procesos asistenciales integrados, que representan el nivel 1, el marco, para luego ir adaptando la cartera de servicios que tiene el hospital. En Antequera hay actualmente implantados 22 procesos.

Por ejemplo, hay procesos como el registro de traslado de paciente de dolor torácico, el cáncer de mama, la derivación en radiología por el volante, el protocolo de solicitud de analítica en el embarazo, el acta de enfermería en todos los procesos, las sesiones clínicas de atención primaria, de atención especializada, de medicina interna en el paciente pluiripatológico (ahí se hablaba que pasaba con ese paciente mayor). Se desarrollaron planes de cuidado de pacientes en todos los procesos, recomendaciones al alta, identificación del paciente que requiere apoyo social.

Instalamos una unidad de evaluación para conocer qué logros habíamos obtenido, pero también para que sirviera de catalizador y facilitador de todos los proyectos que se estaban presentando en el hospital y para consolidar la línea de comunicación que se establecía para la calidad. Como queríamos que los directores de línea estuvieran metidos dentro de la misión de calidad, se informó mediante comisiones clínicas, grupos de procesos. Estas co-

misiones debían verificar el cumplimiento de las seis líneas definidas en el proyecto de orientación estratégica, incluyendo los sistemas de información y el análisis de la causas, las propuestas de mejora y los planes cooperativos. Este es el modelo de calidad total y de mejora continua.

Les comentaba que nos estábamos preparando para la acreditación, ahí estábamos nosotros diciendo que nos gustaba mucho lo que estábamos haciendo y que queríamos someternos a eso y de verdad era mucho trabajo pero eran los profesionales los que nos lo demandaban, porque era un reconocimiento muy importante a todo lo que habíamos hecho por cambiar el hospital. No recuerdo si fue en el año 2000 o 2001 que fuimos el hospital mejor valorado por los usuarios. El Servicio de Salud Andaluz hace una encuesta anual de satisfacción del usuario, y fuimos el mejor hospital y nos dieron el día de Andalucía como reconocimiento. Todo eso está muy bien, porque los profesionales se sienten bien.

De los resultados de esa acreditación se identificaron 361 evidencias, que son cosas que estábamos haciendo bien, y se proponen 137 áreas de mejora, y ahí están las mejoras que fueron detectadas.

En la agencia hay cuatro niveles de acreditación, el avanzado, el óptimo y el excelente. Tienes que tener un 70 para que te den el avanzado, bueno nosotros llegamos al 77 y aun hay muchas cosas que mejorar pero estamos ya metidos en ello. Hicimos una línea para los profesionales con una consultoría para ver qué criterios de efectividad en las decisiones clínicas tenían, el aumento de nuevas intervenciones, el incremento tecnológico, aumento de la oferta, la variabilidad y también la participación del usuario, para que no tuviéramos reinventando la rueda.

Los objetivos eran conocer las expectativas profesionales y el conocimiento (si manejaban bien el inglés, si manejaban el tema de la informática) y ver qué estrategias íbamos a diseñar para desarrollar el tema de efectividad clínica del hospital.

Pues el futuro tiene muchos nombres para ver lo inalcanzable, para el miedoso lo desconocido y para el valiente la oportunidad, a mi no me cabe duda que ustedes van a convertir en una oportunidad la reforma.

