



UNIVERSIDAD DE CHILE  
FACULTAD DE CIENCIAS FÍSICAS Y MATEMÁTICAS  
DEPARTAMENTO DE INGENIERÍA INDUSTRIAL

# GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERA CIVIL INDUSTRIAL

CARLA VALENTINA CARRASCO SILVA

PROFESOR GUÍA:  
LUIS ZAVIEZO SCHWARTZMAN

MIEMBROS DE LA COMISIÓN:  
HUGO SÁNCHEZ RAMÍREZ  
PABLO GONZÁLEZ SOTO

SANTIAGO DE CHILE  
2016

RESUMEN DE MEMORIA PARA OPTAR  
AL TÍTULO DE: Ingeniero Civil Industrial  
POR: Carla Valentina Carrasco Silva  
FECHA: 07/01/2016  
PROFESOR GUÍA: Luis Zaviezo  
Schwartzman

## GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD PÚBLICA

Uno de los principales problemas en las Redes de Salud es la fragmentación, producto de un Estado excesivamente centralizado y un sistema de control normativo, además de la falta de comunicación entre los distintos actores que conforman estas Redes. Se esperaría que estos entramados de salud trabajaran de forma conjunta y colaborativa, sin embargo, se observa que entre los distintos niveles de atención no existen instancias formales para lograrlo.

El siguiente informe presenta un análisis de la Gestión Territorial para el caso de la Salud Pública en Chile, en específico sobre el caso de implementación de Grupos Territoriales en la organización del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. La Gestión Territorial es una solución para el problema de la fragmentación, gracias a su enfoque de trabajo local e integrando a los distintos actores sociales involucrados.

Para lo anterior se definió como objetivo general diseñar propuestas de despliegue territorial de políticas públicas en salud. Se diseñaron de forma genérica, métodos y prácticas de gestión y coordinación en los territorios, además de evaluar la viabilidad de esta implementación en el caso del SSMSO. Para lo anterior se comenzó con un levantamiento de la situación actual, para realizar el análisis del diseño de gestión y la evaluación de la Gestión del Cambio.

Se trabajó sobre el proceso de gestión de programas de salud, donde se propuso la creación de un diagnóstico actualizado de los territorios, para luego generar análisis de los datos y determinar qué necesidades tiene el territorio en específico. Para satisfacer esas necesidades, se propone generar planes de intervención en los programas de salud, de manera consensuada con todos los actores de la red, para encontrar una forma de palear los problemas existentes y obtener un mejor desempeño sanitario.

Para cumplir con los procesos anteriores, se propone un cambio organizacional que incluirá la coordinación de las tareas territoriales a través de la creación del Departamento de Gestión Territorial. Es en este ente que se concentra la Gestión Territorial.

# DEDICATORIA

---

A mis papás, sin duda los mejores del universo.  
A mis hermanos, los mejores hombres de mi vida.  
Al Basti, Colo, Papi, Tío Mario, Miguel, Jaime, Tía Mireya, sé que han estado  
conmigo en todo este proceso.

# AGRADECIMIENTOS

---

En primer lugar, agradezco a mi hermosa familia, Jorge, Paola, Matías y Tomás, que son lo más valioso que tengo y con su ayuda he llegado hasta este punto. Este logro es de los cinco, porque imposible haberlo hecho sin todo su amor. También a la Mai, siempre he sentido tu apoyo y cariño y eres un modelo a seguir para mí.

Gracias a los profesores de la comisión por su tiempo, disposición y comentarios. Espero alcanzar en algún momento de mi carrera la excelencia que ustedes tienen. En especial gracias al Profesor Luis por mostrarme siempre comprensión y apoyo, en este camino un tanto difícil usted me dio la confianza para continuar.

Gracias Isma, gracias por acompañarme desde el principio con la memoria, gracias por ayudarme y por tus sabias palabras.

Gracias a mis amigos de la universidad, a los que conservo desde primer año, a los que hice en el camino y a los que han estado conmigo este último tiempo. Gracias Javi, Nisi, Karem, Cata, Pauli, Nacho, Yeipi y Nachin, estos meses fueron mucho más llevaderos gracias a ustedes, a las salidas, a las conversaciones, a su presencia. Los quiero mucho.

Gracias a mis amigas del colegio, solo van quedando Mjo y Aliusita.

Gracias a Michelle, te he extrañado mucho estos meses, pero claramente tu ayuda fue lo mejor que me pasó en el momento preciso. ¡Por fin llega el día!

Finalmente, quiero agradecer a todas las personas que de alguna manera han sido parte de mi vida. Sé que todos han dejado algo en mí y que me ha permitido llegar hasta acá. Cierro esta etapa universitaria con bastante nostalgia, pero con la creencia que gracias al esfuerzo vienen grandes cosas para mí.

# TABLA DE CONTENIDO

---

<b>Capítulo I: INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROYECTO</b> .....	8
<b>I.1 ANTECEDENTES GENERALES</b> .....	8
<b>I.1.1</b> Estado centralizado y Sistema de Control de Gestión Normativo ...	8
<b>I.1.2</b> Salud Pública en Chile .....	9
<b>I.1.3</b> Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente .....	11
<b>I.1.4</b> Subdirección de Gestión Asistencial- SSMSO .....	15
<b>I.2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO</b> .....	18
<b>I.2.1 ANTECEDENTES GENERALES DEL PROYECTO</b> .....	18
<b>I.3 OBJETIVOS</b> .....	19
<b>I.3.1</b> Objetivo General .....	19
<b>I.3.2</b> Objetivos Específicos.....	19
<b>I.4 ALCANCES, LIMITACIONES Y RESTRICCIONES</b> .....	20
<b>Capítulo II: MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA</b> .....	21
<b>II.1 MARCO CONCEPTUAL</b> .....	21
<b>II.1.1</b> GESTIÓN TERRITORIAL .....	21
<b>II.2 METODOLOGÍA</b> .....	25
<b>II.2.1</b> REVISIÓN CASOS EXISTENTES .....	25
<b>II.2.2</b> LEVANTAMIENTO DE PROCESOS .....	25
<b>II.2.3</b> DISEÑO DE GESTIÓN .....	26
<b>II.2.4</b> DISEÑO DE PROCESOS.....	31
<b>II.2.5</b> EVALUACIÓN GESTIÓN DEL CAMBIO .....	32
<b>Capítulo III: IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA</b> .....	35
<b>III.1 REVISIÓN CASOS EXISTENTES</b> .....	35
<b>III.1.1</b> CASO RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN -SSMSO .....	35
<b>III.1.2</b> CASO GESTIÓN TERRITORIAL EN EL SSMN.....	38
<b>III.1.3</b> CASO COMISIONES DE SALUD PÚBLICA EN CAMP DE TERRAGONA-CATALUÑA, ESPAÑA .....	39
<b>III.2 DIAGNÓSTICO</b> .....	41
<b>III.2.1</b> PROCESOS Y REVISIÓN REALIZADOS .....	41
<b>III.2.2</b> PROGRAMAS DE SALUD .....	42
<b>III.2.3</b> PROCESO DE GESTIÓN DE PROGRAMAS.....	43
<b>III.3 EVALUACIÓN GESTIÓN DEL CAMBIO</b> .....	46
<b>III.4 DISEÑO DE GESTIÓN</b> .....	50
<b>III.4.1</b> DELIMITACIÓN DEL TERRITORIO.....	50
<b>III.4.2</b> CREACIÓN DEL MAPA SISTÉMICO.....	53
<b>III.4.3</b> ORDENACIÓN JERÁRQUICA .....	59
<b>III.4.4</b> DISEÑO DE LA ESTRATEGIA .....	67
<b>Capítulo IV: CONCLUSIONES</b> .....	76
<b>IV.1</b> CONCLUSIONES SOBRE GESTIÓN TERRITORIAL .....	76
<b>IV.2</b> CONCLUSIONES SOBRE IMPLEMENTACIÓN DE GESTIÓN TERRITORIAL EN SSMSO .....	77

<b>IV.3</b>	CONCLUSIONES SOBRE IMPLEMENTACIÓN DE GESTIÓN TERRITORIAL EN OTROS SERVICIOS DE SALUD EN CHILE .....	79
<b>Capítulo V:</b>	BIBLIOGRAFÍA .....	80
<b>Capítulo VI:</b>	ANEXOS.....	81
<b>VI.1</b>	ANEXO A: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN .....	81
<b>VI.2</b>	ANEXO B: FLUJO DE PROCESOS DEPARTAMENTOS SDGA.....	82
<b>VI.2.1</b>	DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE REDES .....	82
<b>VI.2.2</b>	DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN .....	83
<b>VI.2.3</b>	DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE....	85
<b>VI.2.4</b>	DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	87
<b>VI.3</b>	ANEXO C: SUB REDES SSMSO .....	88
<b>VI.3.1</b>	POBLACIÓN .....	88
<b>VI.3.2</b>	ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA .....	89

# ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

---

Ilustración 1: Organigrama Red Asistencial .....	11
Ilustración 2: Mapa Subredes SSMSO .....	12
Ilustración 3: Red Asistencial SSMSO .....	13
Ilustración 4: Organigrama SSMSO .....	14
Ilustración 5: Organigrama Subdirección de Gestión Asistencial .....	16
Ilustración 6: Metodología de Trabajo .....	34
Ilustración 7: Redefinición Política de Reclutamiento y Selección .....	37
Ilustración 8: Administración Programas en SSMSO .....	45
Ilustración 9: Propuesta Organigrama SDGA .....	52
Ilustración 10: Mapa Sistémico Situación Actual de Programas de Salud SSMSO .....	58
Ilustración 11: Mapa Sistémico Nueva Situación de Programas de Salud SSMSO .....	63
Ilustración 12: Definición Estrategia .....	69
Ilustración 13: Generación Informe para Diagnóstico .....	71
Ilustración 14: Definición Lineamientos para Plan de Intervención .....	71
Ilustración 16: Control de Gestión de Programas .....	74
Ilustración 17: Proceso Gestión Territorial .....	75
Ilustración 19: Procesos Departamento Gestión de Redes .....	83
Ilustración 20: Proceso de Control de Gestión .....	84
Ilustración 21: Proceso Control COMGES .....	85
Ilustración 22: Procesos Departamento Seguridad y Calidad del Paciente ..	86
Ilustración 23: Procesos Departamento Atención Primaria .....	87

# ÍNDICE DE GRÁFICOS

---

Gráfico 1: Población Proyectada a 2013 en base a Censo 2002 .....	88
---	----

# ÍNDICE DE TABLAS

---

Tabla 1: Atención Primaria Subred La Florida .....	89
Tabla 2: Atención Primaria Subred Santa Rosa .....	89
Tabla 3: Atención Primaria Subred Cordillera .....	90

# **Capítulo I: INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DEL PROYECTO**

Este trabajo de título consiste en diseñar propuestas para la implementación de la Gestión Territorial en salud pública en Chile, siendo el foco el diseño de procesos para el despliegue local de políticas sanitarias, que es la intervención territorial de programas de salud.

En particular, se estudia la factibilidad en el caso de la implementación de Gestión Territorial en la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

## **I.1 ANTECEDENTES GENERALES**

### **I.1.1 Estado centralizado y Sistema de Control de Gestión Normativo**

Chile es un Estado unitario según lo establecido en la Constitución de 1980, lo que significa que existe un único centro de poder político que extiende su acción hacia todo el país. La descentralización es una tarea pendiente y que está siempre presente en la agenda de los últimos gobiernos.

El Estado Chileno se organiza en ministerios centralizados, subsecretarías y direcciones nacionales de Servicios que dirigen verticalmente a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIs) y las direcciones Regionales a través de directrices, metas y presupuestos para ejecutar según las normas establecidas para cada instrumento.

En relación a los flujos de información en el Estado, estos siguen una línea vertical; Ministro, Subsecretario, Director Nacional, Director Regional, Jefe de Oficina.

Uno de los principales problemas en la gestión pública es la existencia de un modelo de gestión basado en las normas, no así en los resultados, lo que ha generado un cúmulo de controles y normas que provocan trabas al accionar del Estado y sus instituciones. En este modelo prima gastar los recursos en el período anual según el marco institucional más que el uso que se da a esos recursos. Es un sistema que dificulta la libertad de iniciativa a los funcionarios públicos, que ante el temor de sobrepasar una norma y a la



autoridad que los controla, no establecen nuevas formas de eficiencia para los Servicios. [14]

## **I.1.2 Salud Pública en Chile**

La salud pública en Chile se articula a través de Redes Asistenciales que son gestionadas por los Servicios de Salud con la supervigilancia del Ministerio de Salud.

A continuación se describen brevemente, las instituciones que integran el entramado de la salud pública y que son relevantes para el enfoque de salud en Red que se da en este trabajo.

**Ministerio de Salud:** De modo general, el Ministerio de Salud es el ente estatal encargado de formular y fijar las políticas públicas en salud. En específico, destaca su función de formular, controlar y evaluar planes y programas generales en materia de salud, los que serán implementados por los prestadores de servicios de salud en todos los niveles de atención. [15]

**Secretarías Regionales Ministeriales:** Desarrollan el ejercicio de la autoridad sanitaria a nivel regional, fiscalizando y regulando las disposiciones contenidas en el Código Sanitario. Actualmente son 15 SEREMIs. [16]

**Subsecretaría de Salud Pública:** En su misión se destaca asegurar a todas las personas el derecho de protección en salud siendo un fiscalizador del Estado, buscando el mejoramiento sostenido de la salud de la población, especialmente de los sectores más vulnerables. [15]

**Subsecretaría de Redes Asistenciales:** Regula y supervisa el funcionamiento de las Redes de Salud para satisfacer las necesidades de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios. Entre sus objetivos estratégicos se encuentra mejorar el Modelo de Gestión en Red en los Servicios de Salud, con énfasis en la estandarización del Proceso de Diseño y Rediseño de Redes, para aumentar la eficiencia, eficacia y efectividad en la resolución de los problemas de salud. También, posicionar a la Atención Primaria de Salud como estrategia del sistema público para contribuir a la eficiencia en el funcionamiento de los diferentes niveles de complejidad de la Red Asistencial en salud y mejorar la calidad de vida de la población. [15]

**Centro Nacional de Abastecimiento (CENABAST):** Depende directamente del Ministerio de Salud. Es la institución encargada de gestionar las compras de medicamentos, alimentos, dispositivos e insumos de uso médico para los clientes del Sistema Nacional de Servicios de Salud, Atención Primaria y extra sistema. [16]

Instituto de Salud Pública (ISP): Depende del Ministerio de Salud para la aprobación de sus políticas y supervisión de su ejecución. Controla la calidad de las prestaciones de Salud Pública, fiscaliza la industria farmacéutica, recopila y entrega información para la vigilancia de la salud pública y la transferencia de tecnología. [16]

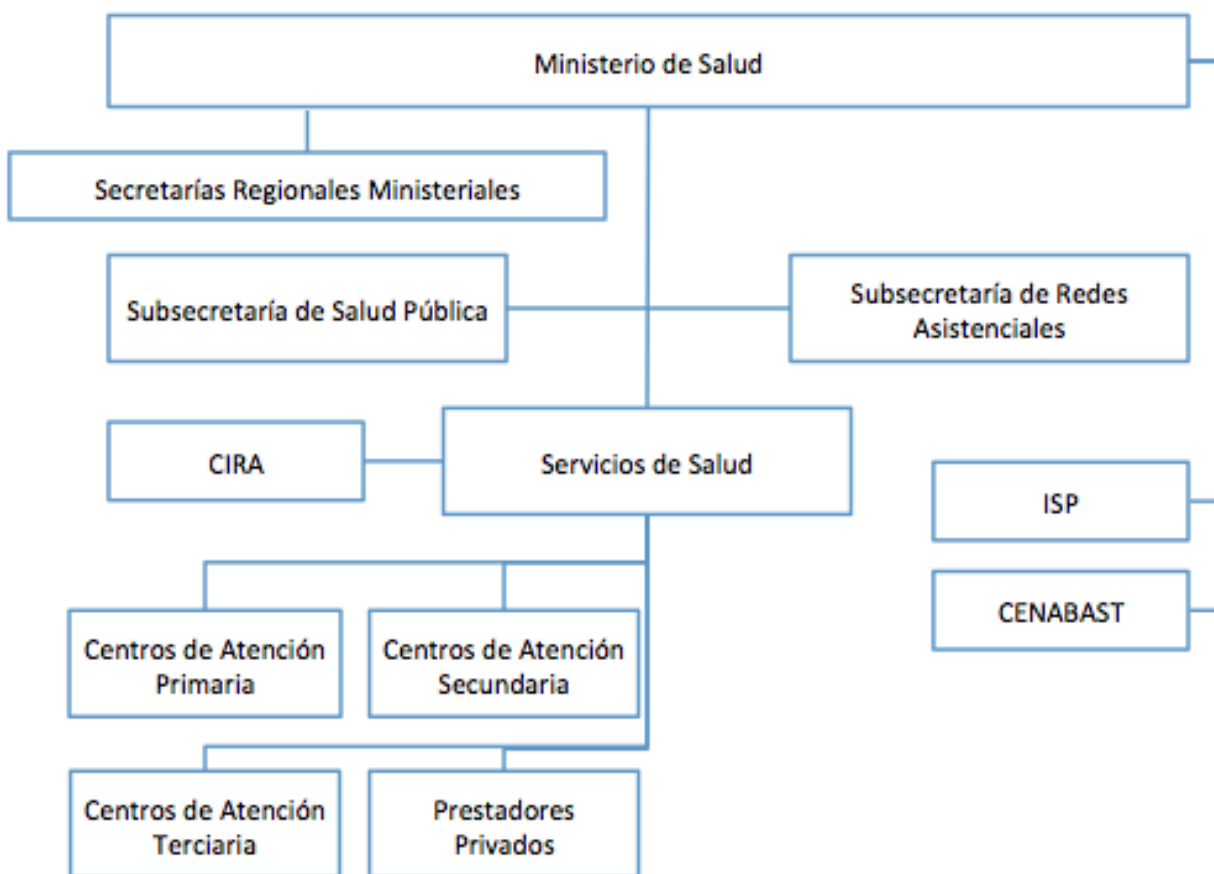
Servicios de Salud: Les corresponde la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente. Se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud y deben cumplir con las políticas, normas, planes y programas que este apruebe. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados y están dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para el cumplimiento de sus fines. Actualmente son 29 Servicios de Salud en el país. [15]

La Red de cada Servicio de Salud se organiza en un primer nivel de atención conformado por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo, y en un nivel secundario y terciario, formado por establecimientos de mayor complejidad que reciben derivaciones desde el primer nivel de atención.

Además de lo anterior, existen prestadores privados de salud, clínicas, centros médicos, consultas privadas y redes de prestadores que al formar un convenio con los Servicios de Salud, también reciben derivaciones del primer nivel de la Salud Pública.

CIRA (Consejo de Integración de la Red Asistencial): Es una instancia de reunión de la Red Asistencial, donde participan representantes de los establecimientos de los diferentes niveles de salud pública y privada de la Red, presidida por el Director del Servicio de Salud, considerado el Gestor de Red. Se espera que se propongan medidas para la adecuada gestión y coordinación de la Dirección del Servicio de Salud, hospitales y establecimientos de Atención Primaria. Además, generar análisis y propuestas de solución para temas críticos dentro de la Red, incluyendo los respectivos niveles de salud.

**Ilustración 1: Organigrama Red Asistencial**



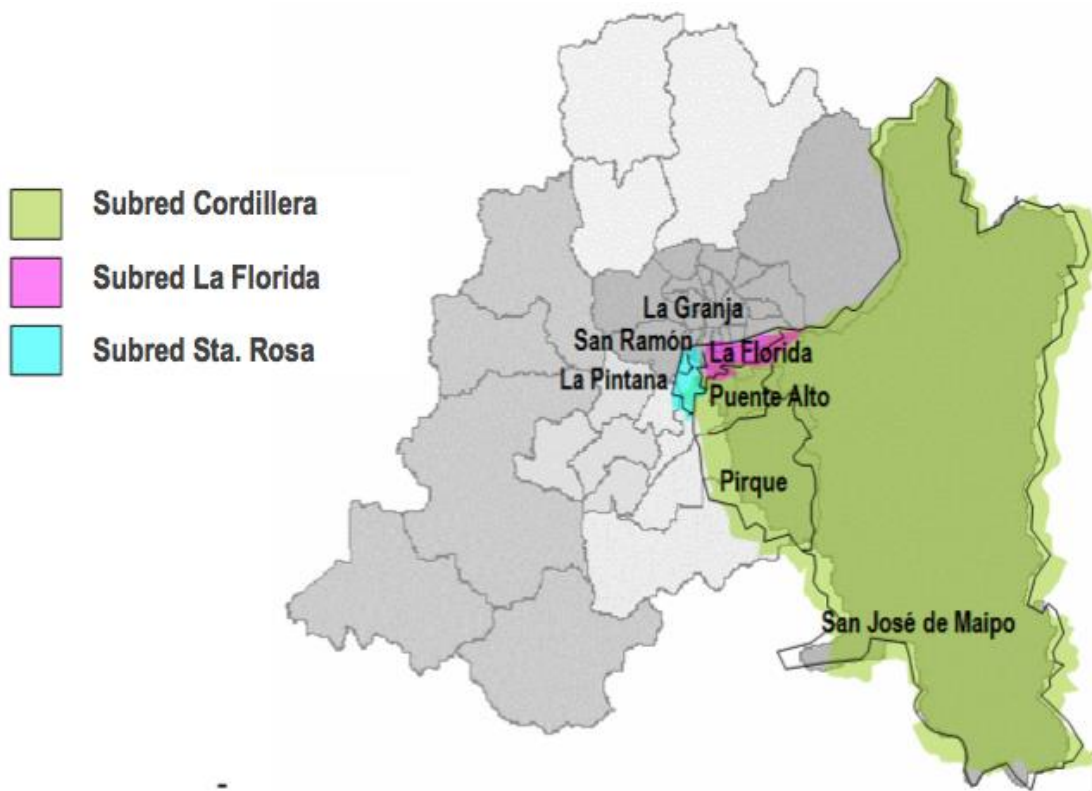
Fuente: Elaboración propia

### **I.1.3 Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente**

El Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, desde ahora SSMSO, es el Servicio de Salud que articula, gestiona y desarrolla la Red de Asistencia de Salud correspondiente al área Metropolitana Sur Oriente. Esto comprende las comunas de Puente Alto, La Florida, San Ramón, La Granja, La Pintana, San José de Maipo y Pirque, divididas en tres Subredes; Cordillera, Santa Rosa y La Florida. La población que estas comunas abarcan es muy alta, considerando que Puente Alto y La Florida cuentan con la mayor cantidad de habitantes del país. Su influencia territorial tiene una superficie de 5.647 km<sup>2</sup> que corresponde al 36,7% de la superficie de la Región Metropolitana y cuenta con una población inscrita de 1.106.468 habitantes.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Información obtenida en presentación interna de SDGA del SSMSO.

**Ilustración 2: Mapa Subredes SSMSO**



Fuente: SSMSO "Mapa y Subredes SSMSO"

A continuación se presentan la visión y misión del SSMSO.

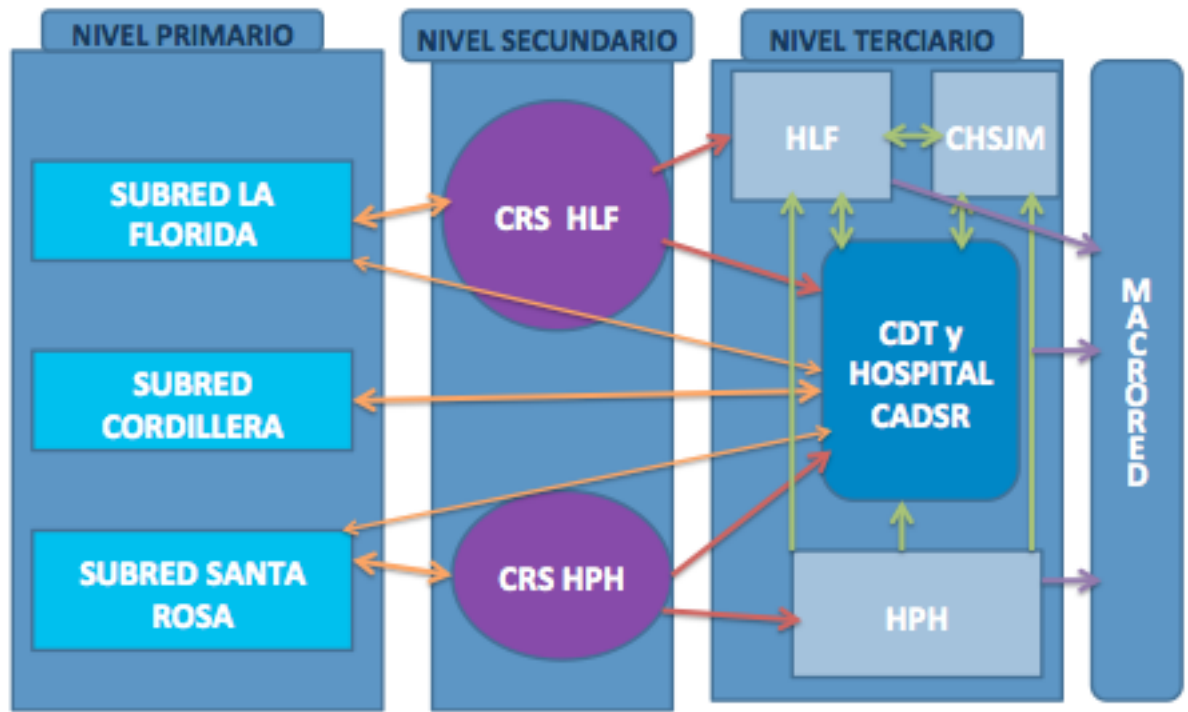
**Visión:** "Seremos un Servicio de Salud que se destaque por alcanzar altos estándares sanitarios y de satisfacción usuaria, a través de la eficiente articulación de la Red Asistencial, en el marco de nuestros valores institucionales."

**Misión:** "Somos un Servicio de Salud que gestiona la Red Metropolitana Sur Oriente, de acuerdo a las particularidades de su territorio, generando, implementando y evaluando políticas, planes y programas con el objetivo de lograr un óptimo nivel de salud para nuestra población, con equipos humanos altamente comprometidos que incorporan la participación de la comunidad".

La Red consiste en establecimientos de Atención Primaria (APS) que son CES, CEFAM, CECOF, CGR, PSR, COSAM y SAPU de las comunas anteriormente nombradas, ascendiendo a 58 establecimientos. También se incluyen centros hospitalarios de la zona: Complejo Asistencial Dr. Sótero del

Río, Centro de Diagnóstico Terapéutico, Hospital Padre Hurtado, Hospital San José de Maipo, Hospital de La Florida Dra. Eloísa Díaz Insunza, Centro Metropolitano de Sangre y Tejidos, y el Hospital de Puente Alto que es un proyecto aún no finalizado.

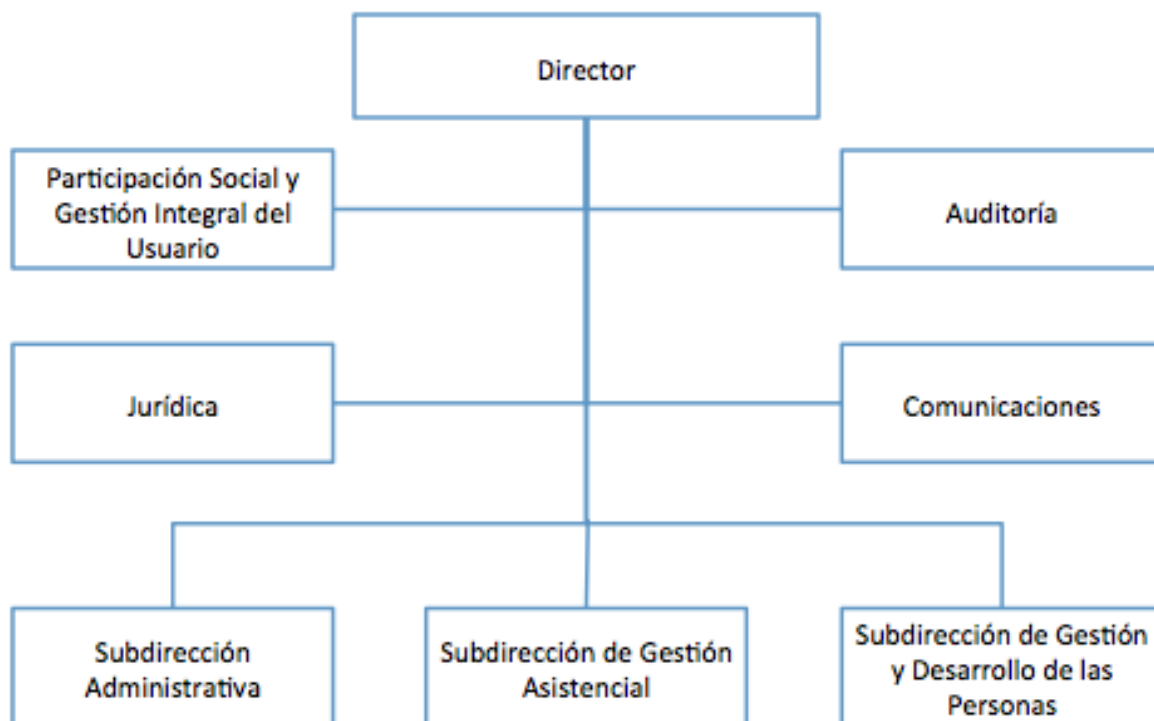
**Ilustración 3: Red Asistencial SSMSO**



Fuente: SSMSO "Modelo de Red SSMSO"

La estructura organizacional del Servicio se divide en tres Subdirecciones: Subdirección Administrativa, Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, y Subdirección de Gestión Asistencial. A su vez, la Subdirección de Gestión Asistencial se divide en 4 Departamentos: Control de Gestión, Calidad y Seguridad del Paciente, Gestión de Redes y Atención Primaria, cada uno persiguiendo distintos objetivos y funciones. Además, el último año se ha implementado a la organización funcional, la existencia de Grupos Territoriales: Cordillera, La Florida y Santa Rosa, que son Grupos formados principalmente para tener una visión enfocada según las comunas de atención y a la vez una mirada transversal pues están compuestos por integrantes de los distintos Departamentos.

**Ilustración 4: Organigrama SSMSO**



Fuente: Elaboración propia

El Marco regulatorio del SSMSO se centra en: DL 2.763/79 , Decreto 140, última versión 21-10-2006. Capítulo II, Título II “De las Organizaciones de los Departamentos, Subdirecciones y sus funciones.” Párrafo I, artículo 2 de las funciones, y la Ley de Autorización Sanitaria Nº19.937. El DL 2.763/79 reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. El Decreto Nº140: Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud establece las funciones generales de los Servicios, sus Subdirecciones, los Establecimientos Hospitalarios y los faculta a definir su propia organización. La Ley de Autorización Sanitaria Establece modificaciones a la Ley Nº2.763 DE 1979 en las funciones, organización y atribuciones del Ministerio de Salud y Servicios de Salud, y crea los EAR.<sup>2</sup>

<sup>2</sup> Información obtenida en presentación interna de SDGA del SSMSO y en Biblioteca del Congreso Nacional de Chile disponible en [www.leychile.cl](http://www.leychile.cl)

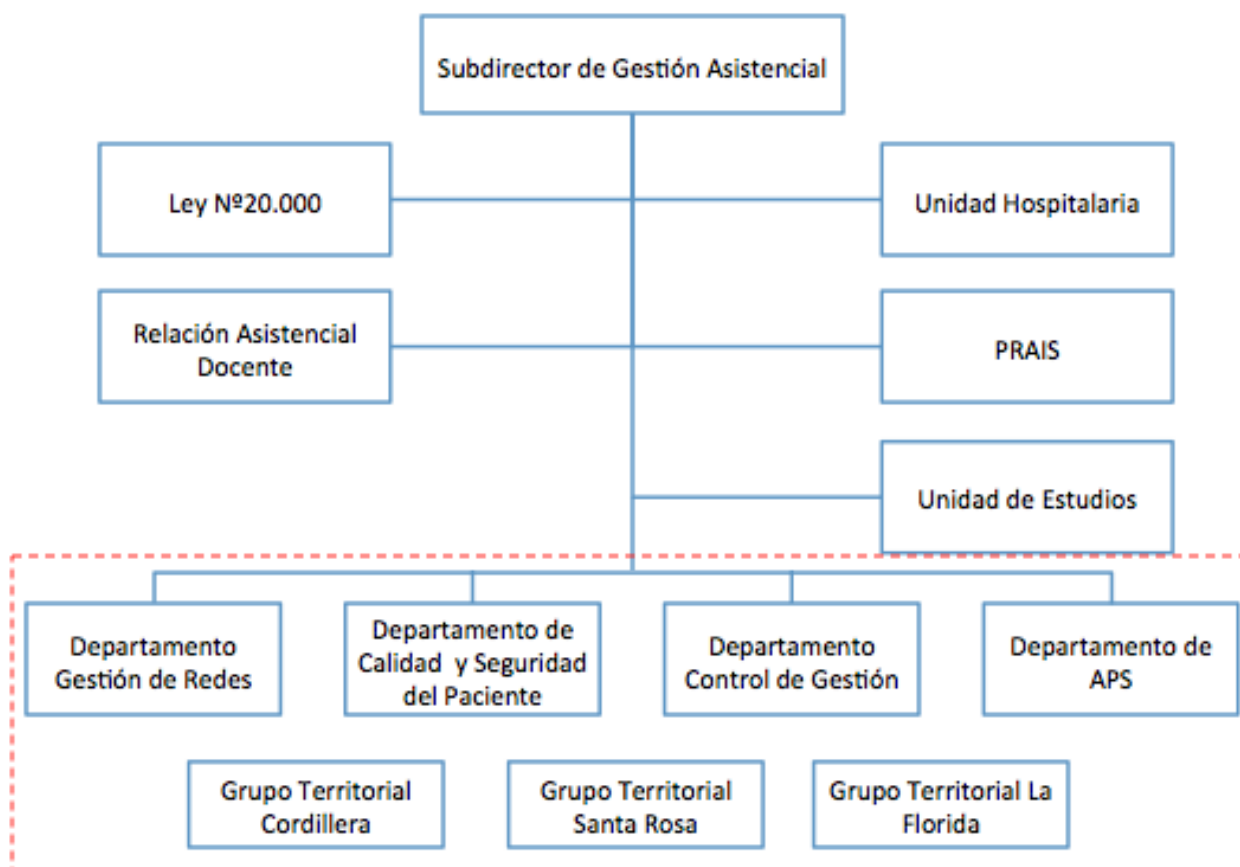
## **I.1.4 Subdirección de Gestión Asistencial- SSMSO**

En la organización interna del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente se encuentra la Subdirección de Gestión Asistencial, desde ahora SDGA, que tiene como funciones articular y gestionar la Red Asistencial, coordinar la Atención Primaria de Salud e implementar y monitorear normas, leyes, planes y programas.

Como un ente complejo y del cual dependen múltiples funciones, la Subdirección de Gestión Asistencial se divide en cuatro Departamentos siguiendo cada uno sus propios objetivos y funciones: Control de Gestión, Calidad y Seguridad del Paciente, Gestión de Redes y Atención Primaria. Además, dentro de un proceso reciente, se han creado Grupos Territoriales transversales a los Departamentos anteriormente nombrados y que persiguen analizar temas relevantes por Subred Territorial (estas se construyen en base a las comunas que dependen del SSMSO; Subred La Florida, Subred Cordillera, Subred Santa Rosa), ofrecer una mirada integrada acerca de las intervenciones implementadas desde el Servicio y llevar a cabo ciertas tareas relacionadas a la gestión de Atención Primaria.

Su misión es "Somos una organización dependiente de la Dirección del SSMSO, que gestiona, articula y promueve el desarrollo de la Red Asistencial Territorial e implementa las Directrices y Orientaciones que emanan de la Autoridad. Centrada en satisfacer las necesidades de salud integral de las personas, familia y comunidad, propiciando la provisión deservicios, con los mejores estándares de calidad, en el ámbito de la promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos."

**Ilustración 5: Organigrama Subdirección de Gestión Asistencial**



Fuente: Elaboración propia

De manera general se presentan las funciones definidas en 2014 para cada Departamento:

- Departamento Atención Primaria
  - Articulación de APS (Atención Primaria de Salud) y coordinación con entidades administradoras de Salud Primaria
  - Gestión de Convenios: adscripción y monitoreo
  - Desarrollo de Modelo Salud Familiar
  - Instrumentos de Evaluación de APS
  - Aplicación de Leyes
  - Gestión Financiera de la Atención Primaria
- Departamento Gestión de Redes
  - Proponer y coordinar estrategias y planes de implementación en relación a las prioridades de salud establecidas en normas técnicas que imparten MINSAL y la SEREMI de Salud



- Departamento Control de Gestión
  - Información estadística de los distintos niveles de atención
  - Coordinar Red para cumplir con Ley 19.966
  - Dimensionar y monitorear la LE No Ges (Lista de Espera Prestaciones que no pertenecen al Sistema Ges)
  - Controlar Programa Prestaciones Valoradas
  - Desarrollo de herramientas TIC's alineado con estrategia digital del MINSAL
  
- Departamento Calidad y Seguridad del Paciente
  - Gestionar estrategias para acreditación por la Superintendencia de Salud, de establecimientos de la Red

Por otro lado, las funciones de los Grupos Territoriales, definidas al comienzo de su creación son:

- Recopilar y analizar información de temas relevantes de cada Subred
- Analizar las fortalezas y nudos críticos de la gestión de salud de cada territorio
- Proponer e implementar acciones de mejoras en áreas debilitadas y/o críticas, articulando con el consejo técnico de la SDGA
- Supervisar y apoyar en terreno a los equipos locales para seguimiento de mejoras propuestas
- Monitorear las intervenciones implementadas por los Departamentos, Unidades y/o Subdirecciones, desde una mirada integrada de la Subred
- Retroalimentar al SDGA y su Consejo Técnico, respecto al funcionamiento de la Subred, las propuestas de intervención y el resultado de estas

Si bien en un comienzo los Grupos Territoriales se crearon como un apoyo al trabajo de los Departamentos de la SDGA, con la finalidad de fortalecer esta organización, tras la reciente salida de la mayor parte de los integrantes del Departamento de Atención Primaria, se tomó la decisión de dejar a cargo de los Grupos Territoriales algunas de las tareas de este Departamento, estas son:

- Supervisar la ejecución e implementación de los programas: Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria y Programa Buenas Prácticas en APS
- Evaluar y seguir el compromiso de Gestión nº7 del año 2015: Programación de horas médicas en APS
- Mantener espacios de coordinación entre el SSMSO y entidades administradoras de salud

- Aplicación de metodología de retroalimentación del estado sanitario administrativo y financiero con las comunas

## **I.2 DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO**

### **I.2.1 ANTECEDENTES GENERALES DEL PROYECTO**

Este proyecto surge en el marco de un proceso de reorganización estructural que está viviendo la Subdirección de Gestión Asistencial del SSMSO, con lo que aparece la necesidad de diagnosticar los procesos operacionales y comunicacionales que tienen lugar en ella, para encontrar un diseño de gestión y articulación de Grupos Territoriales que permita una implementación más eficaz y eficiente que como se da actualmente.

Se observa que existen dos formas organizativas en la Subdirección, por un lado la división en Departamentos según los objetivos que cada uno debe cumplir, y por otro lado la división por Grupos Territoriales, que busca obtener una visión más cercana de la situación de salud por comunas, siendo un apoyo a la gestión actual.

La creación de los Grupos Territoriales en la Subdirección de Gestión Asistencial del SSMSO tiene lugar el año 2014, propuesta del Director, quien contaba con la experiencia de haber implementado Grupos Territoriales en el período que fue Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte (2006-2007). Tras esa experiencia y haber obtenido resultados favorables según su opinión, decide implementarlo también en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, aprovechando que ya existían tres Subredes totalmente marcadas: Subred Cordillera, Subred La Florida y Subred Santa Rosa.

Para cumplir con lo anterior, se han generado tres grupos de trabajo, cada uno encargado de una Subred, con alrededor de 10 integrantes de los cuatro Departamentos de la Subdirección, que trabajan tratando temas referentes a diagnósticos y evaluación de los Centros de Atención Primaria y hospitales de las comunas que pertenecen a cada Subred. A la cabeza de cada grupo, hay un coordinador que se encarga de organizar el trabajo y al equipo, de liderar las reuniones y mantener la comunicación con el Subdirector.

Actualmente la organización de trabajo en los Grupos Territoriales se da en reuniones periódicas, definido por cada grupo, entre 1 o 2 veces al mes, donde se discuten los temas relevantes que pueden desencadenar el compromiso de cumplir con ciertas tareas de parte de algunos de los integrantes. Hasta ahora el trabajo ha sido principalmente generar diagnóstico de las comunas, tanto demográficos, diagnósticos de salud y gestión de los Centros de Salud. Se espera que el trabajo próximo incluya

también visitas a los centros de salud, a los hospitales y a reuniones con los Encargados Comunales de Salud, pues con eso se cumpliría el objetivo de generar mayor cercanía y retroalimentación acerca de la situación en estos lugares.

Cabe mencionar que los integrantes de los Grupos Territoriales siguen participando como integrantes de los Departamentos de la Subdirección, por lo tanto, actualmente deben cumplir con ambos roles.

Con los Grupos Territoriales se espera generar una comunicación más fluida entre el Servicio de Salud y los distintos niveles de atención de salud pública, así también con otras instituciones y organizaciones que conforman el llamado Intersector, y con los Departamentos de Salud de cada una de las municipalidades de la Red, para obtener una visión más cercana, real e íntegra de la situación de cada uno de los territorios. Gracias a ese conocimiento, los Grupos Territoriales podrán cumplir con las funciones de apoyo a la articulación de la Red y de información de instrumentos de evaluación IAAPS y metas sanitarias.

## **I.3 OBJETIVOS**

### **I.3.1 Objetivo General**

Diseñar propuestas de despliegue territorial de políticas públicas en salud; que responde a la necesidad de estructurar el cambio implementado con la Gestión Territorial en salud pública.

### **I.3.2 Objetivos Específicos**

Para alcanzar la realización del objetivo general antes mencionado, se definen los siguientes objetivos específicos:

- Diseñar métodos y prácticas de Gestión Territorial y coordinación en el territorio
- Evaluación de viabilidad en el caso del SSMSO

## **I.4 ALCANCES, LIMITACIONES Y RESTRICCIONES**

En relación a los alcances del proyecto, se trabaja de forma específica en el SSMSO, pudiendo generalizar ciertas prácticas y métodos de trabajo territorial a otras instituciones de salud pública en Chile.

Respecto a los métodos y prácticas, se diseñan de forma generalizada para los tres Grupos Territoriales del SSMSO, dejando las particularidades como propuesta de trabajo para los equipos territoriales.

Se espera también tener un mapa sistémico en torno al trabajo de los programas de salud en el SSMSO, que permita comprender la situación actual y detectar dónde están las opciones de mejora. Así también, una vez diseñados los procesos de trabajo territorial, tener los flujos esquematizados de forma clara e identificando los actores involucrados.

En el desarrollo del proyecto, se prevén los siguientes problemas:

- **Resistencia al Cambio:** Como toda intervención institucional, se espera encontrar cierta resistencia de parte de funcionarios a los cambios propuestos, por lo que podría haber dificultad al recoger toda la información necesaria, visible en las conversaciones-entrevistas a realizar y en la petición de envío de información. Para mitigar este problema, se pide respaldo de parte del Director y Subdirector de Gestión Asistencial, que son las autoridades, de manera que ellos comuniquen a sus subordinados la necesidad de colaborar en el proyecto.
- **Problemas de coordinación con las prioridades de los trabajadores del SSMSO:** Dentro de este trabajo de memoria no se cuenta con un contrato formal que indique plazos ni resultados esperados, por lo que el compromiso por finalizar este trabajo de parte de la institución es más bien informal, y los principales sostenedores son el Director y el Subdirector de Gestión Asistencial. Debido a lo anterior, se prevé que podría haber dificultades al momento de agendar reuniones con los distintos involucrados dentro del proyecto, pues le darán prioridad a su trabajo actual (que no implica el trabajo territorial). Para lo anterior también se necesita contar con el apoyo de la dirección del Servicio que pueda comunicar la importancia del trabajo al resto de la organización.

# **Capítulo II: MARCO CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA**

## **II.1 MARCO CONCEPTUAL**

### **II.1.1 GESTIÓN TERRITORIAL**

#### **II.1.1.1 TERRITORIO**

Se hace necesario comenzar por la definición del concepto alrededor del cual se plantea este enfoque de trabajo, tomando en cuenta las acepciones que existen según la época de análisis conceptual y del área sobre la cual se usa.

En el contexto de la unificación alemana, a fines del siglo XIX, y el establecimiento de la Geografía como disciplina de estudio universitario, Friedrich Ratzel sienta las bases del concepto, considerándolo un trozo de tierra sobre el cual un grupo humano toma propiedad por la necesidad de usar los recursos naturales ahí disponibles, y sobretodo, relacionado al poder estatal. Más adelante, en 1973, Jean Gottmann, geógrafo, vuelve a discutir en una de sus obras sobre el tema del territorio. Él sostiene que la relación de las personas con el territorio es tanto geográfica, como económica y política, lo que explica que las naciones pueden complementarse entre ellas. [9]

Hasta este momento, las discusiones sobre la terminología del territorio, eran principalmente ligadas al concepto de poder estatal, tomando en cuenta los conflictos entre estados y no considerando la existencia de organización regional o local.

En el año 1980, se publica un texto del geógrafo Claude Raffestin, quién critica esa mirada unidimensional, y a través del concepto de geografía política abre el espacio para considerar los poderes más pequeños que se encuentran en unidades dentro de los estados, definiendo el territorio como la manifestación espacial de esos poderes que nacen de las relaciones sociales. [9]

Unos años después, Robert Sack, geógrafo norteamericano, habla de la territorialidad como la forma de influenciar a las personas dentro de un área delimitada, que sería el territorio, controlando el acceso de sus límites. Este autor logra otorgarle al concepto mayor flexibilidad y amplitud, y además explica que la territorialidad es un instrumento para modificar la experiencia a través de la cuál se le da sentido al mundo.

Siguiendo la línea multidimensional de la territorialidad, la geógrafa brasileña, Bertha K. Becker, explica que los poderes dentro de las unidades inferiores al estado ponen como escenario óptimo para las políticas espaciales y para organizaciones reivindicatorias, la región como escala local.

Por otro lado, el también geógrafo brasileño, Milton Santos, agrega un nuevo factor a la discusión, la disyuntiva del territorio como espacio local y territorio estatizado, y el territorio como parte de un movimiento globalizado y capitalista.[9]

En la actualidad, se puede destacar el aporte de Camblor, que explica el territorio como el espacio en el que se vive y que forma parte importante del proyecto comunitario, dándole sentido al territorio cuando está adosado a un ente o comunidad. Además, Loinger ve el territorio como un fenómeno, producto de las relaciones dentro de una cultura, que tiene lugar en un momento y contexto determinado.[2]

Son muchos los autores que han escrito y generado reflexión a cerca de la definición y el uso del concepto territorio, pero se puede notar, junto al avance de la historia social humana, un avance del entendimiento del mismo, comenzando por el concepto estático y poco flexible de un espacio delimitado al poder del estado, hacia la visión dinámica y multisectorial que no significa solo un territorio entre límites, si no que considera las relaciones y los procesos que se llevan a cabo producto de la intervención de los distintos actores que en él conviven.

Se tomará para este trabajo la siguiente definición. "El territorio corresponde a la suma de objetos y procesos que interactuando en conjunto, van configurando la realidad, la que se crea y recrea constantemente, producto de los distintos modos en que hombre interviene el ambiente, de acuerdo a las diversas particularidades culturales que conviven en un espacio de conflictos y de resoluciones, de expectativas e incertidumbres, de logros y de fracasos."<sup>3</sup> Donde objetos son todos los elementos que forman el espacio dentro del cual está el territorio, y procesos son las acciones que generan algún cambio en los objetos del sistema.

### **II.1.1.2 RELACIÓN HORIZONTAL DE TERRITORIOS**

Está formada por lugares espacialmente conectados, territorios contiguos. Santos caracteriza esta relación como solidaria por su esencia colectiva, pero

---

<sup>3</sup> "Gestión del Territorio: un método para la intervención territorial". González Fuenzalida, Luis.

también puede considerarse una relación de competencia por los recursos que podrían compartir.

### **II.1.1.3 RELACIÓN VERTICAL DE TERRITORIOS**

También denominada como redes verticales, está formada por puntos distantes unos de otros, pero que se conectan a través de las formas y procesos sociales. Santos explica que esta relación vertical impone normas que no necesariamente resultan equitativas para todos, pues todas las formas de conexión van a privilegiar algunos vínculos sobre otros, algunas prácticas sobre otras. [2] Tobar, citando a Santos [10], explica que la amenaza de estas Redes tiene que ver con el poder que ejercen sobre el territorio, poder político que puede hacer perder la visión local, quedando el espacio colectivo subordinado a relaciones jerárquicas.

### **II.1.1.4 ENFOQUE TERRITORIAL**

El enfoque territorial implica formular políticas que condicionadas y arregladas según la particularidad de los territorios, promuevan su vinculación a la identidad e integración de quienes los habitan, generando cambios en las relaciones sociales dentro del mismo.

Tomando en cuenta que existen territorios horizontales y verticales, Santos [12] propone aprovechar la relación que existen entre ellos para redefinir los problemas sociales y sus soluciones. Así, a través de la horizontalidad es posible identificar las necesidades y usar la relación vertical para conseguir los recursos que permitan satisfacerlas. Además del conocimiento en detalle que aporta el enfoque territorial, también se define que es el grupo social quien determine el cómo se lleva a cabo el cambio y los resultados obtenidos.

Schenider y Peyré Tartaruga [9] exponen dos razones que justifican el interés por el abordaje e intervención territorial. La primera es que existe mucha literatura que evidencia que los procesos de desarrollo industriales con mejores indicadores ante la crisis relacionada a la reestructuración capitalista del Siglo XX, eran aquellos que tenían integrada una dinámica territorial propia. La segunda razón viene de la incapacidad de regular e interferir en la economía privada por parte del Estado, que ha ido perdiendo su carácter centralizador para dar paso a la participación y protagonismo de actores de la sociedad civil. En ese contexto surge la necesidad de contar con unidades estatales que hagan posible y sean permeables a la participación. A través del enfoque territorial se pueden mediar las relaciones entre actores locales y aquellos de mayor escala, regional, nacional o global.

Tobar [10] establece cinco consignas para generar respuestas sociales en base al enfoque territorial:

1. "La transformación social pasa hoy por la gestión territorial"

En la gestión social, la innovación surge en los márgenes, desde lo local a lo regional, desde las personas a las instituciones. Así, se espera que dando respuesta a las necesidades del territorio en su relación horizontal, se generen los cambios sociales.

2. "Fortalecer al territorio es la forma de generar cohesión social"

En el territorio donde se vive se disipan las diferencias, se pierde el sentido de barreras políticas. Citando a Santos, comentan que la globalización exige que la ciudadanía sea según el lugar en que se vive, debido a la migración.

3. "En el territorio vivido se desvanece la funcionalidad de la focalización"

La focalización es una forma exógena de limitar y distribuir los recursos, pero en gran parte de los casos genera inequidad, pues no se maneja el detalle microsocial que sí conocen las propias comunidades. Por eso, al involucrar a las comunidades en el uso de sus recursos, se logra mayor eficiencia y eficacia.

4. "En la acción territorial surge con mayor claridad y precisión la responsabilidad por las acciones"

La contigüidad o cercanía del territorio, impide que las responsabilidades pasen desapercibidas pues las autoridades locales perciben de manera cercana las presiones sociales inmediatas. Además, permite que el territorio vertical pueda implementar sistemas de monitoreo

5. "La acción territorial integra y construye identidad"

Funciona de manera opuesta a la exclusión que es dejar a parte de la gente afuera de la sociedad, de las prácticas sociales y culturales que otorgan identidad a la persona.

## **II.1.1.5 SISTEMA DE GESTIÓN TERRITORIAL**

Un Sistema de Gestión Territorial se definirá como el conjunto de prácticas organizadas y ordenadas jerárquica y temporalmente, con sentido sistémico y dinámico, destinadas a intervenir en el ámbito territorial, actuando en concordancia y a partir de la dinámica y variabilidad propia del territorio e incorporando y manejando los grados de incertidumbre e incerteza, inherentes a los sistemas complejos.<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> González Fuenzalida, Luis. "Gestión del Territorio: un método para la intervención territorial"



Uno de los puntos importantes de esta definición es la naturaleza cambiante del territorio, pues como conjunto de diferentes actores y procesos no aislados, que se ven influenciados por el contexto externo e interno, constantemente hay nuevas situaciones que atender, nuevos procedimientos de hacer las cosas, nuevos actores y nuevos resultados. Por lo anterior, se explica que aplicar un enfoque estático para planificar intervenciones en el territorio no resulta útil, no sirve aplicar cambios a una fotografía de lo que sucede en un momento específico del territorio, si no que se debe intervenir con un plan flexible y autosustentable, en el que sobre la marcha y la acción, se vayan generando cambios y nuevas formas de actuar, recibiendo retroalimentación de las personas, organizaciones e instituciones involucradas.

### **II.1.1.6 GESTIÓN TERRITORIAL EN SALUD**

La Gestión Territorial en Salud es una estrategia para desarrollar y fortalecer las capacidades municipales en el territorio, poniendo como centro el cuidado continuo, integrado e integral de la salud de todas las personas que viven y transitan el territorio, como sujetos activos y de derecho. Tiene como objetivo enfrentar las inequidades generadas por la segmentación y la fragmentación del sistema de salud a nivel municipal, a fin de integrar los Programas del Estado Nacional, Provincial y Municipal, así como a la Sociedad Civil. [10]

## **II.2 METODOLOGÍA**

### **II.2.1 REVISIÓN CASOS EXISTENTES**

Como primer paso para este trabajo, se hace una revisión de programas, sistemas y proyectos del sector público, chilenos e internacionales, que hayan utilizado el enfoque o la gestión territorial en su diseño y desarrollo. Esto permite identificar los diferentes elementos de esos proyectos y relacionarlos a los resultados obtenidos, para extrapolar métodos y prácticas hacia la salud pública chilena.

### **II.2.2 LEVANTAMIENTO DE PROCESOS**

Para comprender la situación actual del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, se realiza una revisión de documentos internos sobre funciones de los Departamentos de la Subdirección de Gestión Asistencial y de los ya

instaurados Grupos Territoriales. Esto se complementa con entrevistas no estructuradas y conversaciones con distintos actores dentro del Servicio de Salud. Además, se participó de algunas reuniones de grupos territoriales y jornadas de la Subdirección, con la finalidad de tener una visión integral de la situación actual.

En sí, esta no se considera una etapa, si no que permitirá alimentar de información necesaria para los siguientes pasos.

## **II.2.3 DISEÑO DE GESTIÓN**

Una vez realizados los pasos anteriores, se diseñan métodos y prácticas relacionadas a la Gestión Territorial usando la metodología propuesta en "Gestión del territorio: Un método para la intervención territorial" del profesor Luis González Fuenzalida de Ingeniería en Recursos Naturales Renovables de la Universidad de Chile.

La metodología se define en los siguientes pasos:

1. Delimitación del territorio: Corresponde a comprender dos ámbitos del territorio, la dimensión geométrica y la relacional.

### Dimensión geométrica

Es la delimitación del espacio físico, para esto se espera:

- Delimitar un territorio teórico o idealizado según los primeros lineamientos de la intervención.
- Delimitar un territorio teórico factible que responde a limitar la actividad a algunas zonas según cómo y con quiénes se realizará la intervención.
- Determinar criterios diferenciadores de gran escala que permitan distinguir macro territorios, y a su vez, territorios de menor escala dentro de ellos.
- Identificar relaciones entre territorios en el ámbito horizontal (cooperación o competencia), considerando las relaciones que tengan efecto en la intervención.
- Modificar el territorio-intervención si es que los pasos anteriores entregan nueva información que así lo requiera.

### Dimensión relacional

Es el estudio de las relaciones verticales de los territorios, funcionando con los mismos pasos que en el caso de la dimensión geométrica, y también de forma recursiva hasta lograr la caracterización total de las relaciones verticales que influyen sobre los territorios.

2. Creación del mapa sistémico: Es la creación de un modelo, que es la herramienta que permite representar a través de un esquema la realidad compleja, cambiante e incierta del territorio, identificando los componentes fundamentales, la forma en que se relacionan, y los posibles factores que pudieran influir en el comportamiento del sistema.

El esquema incluye los siguientes elementos:

- Objetos: Son unidades complejas, multi dependientes que influyen en el comportamiento del sistema, sujetos a cambios permanentes en su condición y estado.
- Procesos: Son las acciones que se llevan a cabo dentro del territorio y que generan transformaciones en los objetos. Todo proceso tiene entradas y salidas.
- Atributos: Son las variables que definen y explican a los objetos. La selección de atributos responde a los objetivos de la intervención.
- Elementos de borde: Es todo lo que considera al contexto de la intervención, que está fuera de los límites geométricos y relacionales antes determinados, y que influyen en el comportamiento del sistema.

En la representación esquemática se cumplen las siguientes condiciones:

- Un atributo no puede modificar a otro si no es a través de un proceso.
  - Un atributo puede ser entrada y salida de un proceso, respondiendo a la recursividad y reatralimentación del sistema.
  - Un proceso puede modificar atributos de cualquier objeto del sistema.
  - Un elemento del contexto puede influir tanto en procesos como en objetos del sistema.
3. Ordenación jerárquica: Este paso implica situarse en el contexto en que se hará la intervención. Se identifican cinco niveles dentro del diseño del sistema de gestión territorial.
    - a. Nivel Global: Corresponde al estudio del contexto político y normativo, reglas, pautas o leyes que podrían influir sobre la intervención, tanto en el comportamiento como en la dinámica del territorio. Las normas pueden ser de distintos tipos:
      - Normas que constituyen el Marco Jurídico: regulan distintos aspectos del territorio, estableciendo obligaciones explícitas y a veces sancionando su incumplimiento.
      - Usos, costumbres o hábitos: generalmente no escritas, basadas en la tradición y las costumbres, que inducen a su cumplimiento por la presión social que ejercen.

- Leyes morales: Se imponen por convencimiento personal o presiones, condicionando las relaciones humanas y con el medio biofísico.
  - Leyes éticas: Tienen que ver con acuerdos o principios de convivencia comunes aceptados ampliamente por el territorio. Son de obligado cumplimiento para lograr una convivencia adecuada y dignidad como persona y comunidad.
- b. Nivel Superior: Se formula la Política y el diseño de la Estrategia General, donde se establecen los objetivos de largo plazo, que no son estáticos, pues forman parte de una planificación flexible y dinámica.
- Política: En ella se declaran los principios que serán la base del actuar del equipo que hará la intervención, se fijan los lineamientos básicos de la intervención y los propósitos que se quiere conseguir, estos últimos deben orientar y encausar los posibles objetivos bajo el criterio establecido.
  - Estrategia General: Organiza, conduce y moviliza componentes del territorio, usando diversos instrumentos y financiamiento para conseguir los propósitos de la Política. Para lograrlo, se formulan objetivos generales para cada propósito, que están insertos en una planificación flexible, dinámica y coordinada.
- c. Nivel Intermedio: Formulados los objetivos generales, en esta etapa se generan estrategias focales para cada uno, siguiendo estos pasos:
- Replanteo del territorio-intervención según los objetivos generales: Significa alcanzar mayor detalle en el diagnóstico, poniendo énfasis en los aspectos que tengan que ver con el objetivo general.
  - confección de un nuevo mapa sistémico, según objetivo: Antes de comenzar con todos los pasos de la metodología, se espera hacer un mapa sistémico que presente los actores y los procesos que se verían involucrados en la intervención. En esta etapa, el modelo debe presentar mayor conocimiento de la dinámica territorial, incorporando todas las posibles variables de entrada de los procesos, para manejar de mejor manera la incertidumbre que se provoca.
  - Formulación de los objetivos focales o específicos: Son objetivos de mediano plazo que se refieren a un estado o condición esperada de uno o más atributos, teniendo que ver con resultados observables más que con procesos.
  - Planificación estratégica, organización y control: Relacionado a los objetivos focales.
  - Análisis integrado horizontal: Estudiar si existen sinergias, repeticiones ineficaces o ineficientes respecto a los diseños

estratégicos de los diferentes objetivos focales, con la finalidad de lograr un sistema de gestión más eficiente, eficaz, interrelacionado y ágil.

- Análisis integrado vertical: Revisar que propósitos, objetivos generales y focales tengan coherencia y se relacionen de forma que permitan agilizar su cumplimiento. Además, se debe asegurar que no se trasgredan principios éticos ni lineamientos generales de la Política.

- d. Nivel Basal: Corresponde al Diseño Táctico, donde se establecen objetivos a corto plazo, simples, y una planificación acotada con una serie temporalmente ordenada de acciones a seguir. En la planificación táctica, los procedimientos no requieren elaborar un modelo estructurado en objetos y procesos, pero sí pueden requerir herramientas más simples como diagramas de flujo o mapas conceptuales. Lo importante es monitorear constantemente las acciones tácticas, para asegurar que estén alineadas con la estrategia.

Por otro lado, el alcance de la planificación táctica es entendible como circunstancial, pues puede cambiar en cualquier momento debido a la movilidad de la dinámica territorial.

En general en este nivel es necesario ser flexible, pues el grado de focalización puede llevar a cambiar algún diseño estratégico, y debido a la variabilidad del territorio, reaccionar y re planificar.

- e. Nivel Operativo: Es el diseño operacional de las acciones a realizar. En este nivel se trata lo siguiente:

- Esquema organizacional: La estructura debe ser ágil; de mando simple, flexible; poco estratificada y eficaz; permitiendo que sus agentes tomen decisiones rápidas y coordinadas. Es importante la existencia de instancias donde se pueda discutir y reflexionar en conjunto sobre errores cometidos, pero incentivar asumir riesgos.
- Soporte financiero: Se requiere un sistema de asignación y control de recursos económicos que permita responder por un lado, a la inflexibilidad de la administración pública, y por otro, a la flexibilidad y dinamismo del sistema de gestión.
- Infraestructura y equipamiento: Para el uso eficiente de recursos, se requiere de monitoreo continuo que detecte la demanda y la oferta ociosa de recursos.

4. Diseño de la Estrategia: Este punto consiste en planificar, organizar y dirigir el plan y controlar y evaluar el cumplimiento.

Para el Diseño de la Estrategia, se tomarán los últimos pasos de la secuencia genérica del plan de cambios propuesto por Mario Weissbluth en su publicación "Gestión del Cambio en el Sector Público".

- a. Estrategia de intervención: Se decide qué estrategia o combinación de estrategias genéricas usar, en qué orden, con qué ritmo y con qué nivel de profundidad. Las estrategias genéricas son en una dimensión, como Weissbluth las denomina, "rápidas y sucias", que es cuando la autoridad decide implementar un cambio radical que tendrá grandes efectos en la estructura o funciones institucionales, o "lentas y limpias", que son lentas y progresivas, que pueden incluir profesionalización de algunas capas, o grandes transformaciones informáticas.

Otra dimensión corresponde a estrategias *top down* que son diseñadas desde los altos mandos de la institución, sin mucha consulta a los otros niveles, y luego implantadas a los funcionarios, o estrategias *bottom up*, que son diseñadas por equipos de funcionarios en un trabajo grupal y liderados por directivos con una filosofía participativa.

- b. Diseño del plan preliminar: Consiste en un primer diseño que incluya las grandes etapas e hitos, un presupuesto aproximado, y una cartera de proyectos de transformación con los respectivos responsables, las instancias de comunicación y reuniones de Jefes y Subordinados para generar la retroalimentación. Además, elaborar un mapa de riesgos, identificando los eventos que podrían perjudicar el plan, su evaluación y un respectivo plan de mitigación o contingencia.
- c. Consenso sobre el plan preliminar: Es necesario lograr esto a través de comunicación extensiva y directa con los funcionarios.
- d. Organización para la implementación: Se considera que una transformación institucional es un gran proyecto, y para eso, el Gerente de Proyecto debe estar capacitado en técnicas en gestión de proyectos, liderazgo y experiencia previa. También, la existencia de un Comité de Proyecto donde participen las autoridades de la institución, pues de esta manera se involucran activamente pudiendo destrabar los problemas que surgen en el camino.

En esta etapa se debe considerar que el cambio involucra mucha coordinación, comunicación, manejo de recursos, control de gestión, evaluación de riesgos y posiblemente adquisición de bienes y servicios.

- e. Diseño del plan detallado y plan de comunicación: El plan de transformación requiere las siguientes componentes
- Transformaciones sustantivas: cada transformación es en si un proyecto, pudiendo ser cambios de procesos, rediseños de servicios, estructura, políticas de personal, entre otras.
  - Comunicación: programas actividades que involucren un diálogo permanente y la retroalimentación de funcionarios y otros *stakeholders*, involucrando también a las autoridades.
  - Ganancias rápidas o *quick wins*: deben ser congruentes con el plan, tener distintos responsables en sus actividades e incluir mejoras de prácticas de trabajo de la cúpula directiva.
  - Control de gestión: El Encargado del Proyecto debe presentar al Comité de Proyecto periódicamente los avances, indicadores verificables, principales problemas, análisis de riesgos políticos, técnicos y organizacionales y cómo mitigarlos.
- f. Ejecución: Es la construcción e implementación de cada proyecto dentro del plan, entrenamiento personal, generar los cambios necesarios y la comunicación de los resultados que se van obteniendo.
- g. Evaluación de impacto: Se necesita construir desde el comienzo la línea base que permita realizar las posteriores evaluaciones. Existe una evaluación preliminar que se realiza cuando los proyectos que significan una mejora en la agregación de valor público están en marcha, y una evaluación final, que es de impacto final e incluye las externalidades del cambio. Esta última puede realizarse cuando todas las transformaciones ya se han establecido.
- h. Mejora continua: Es la existencia de un mecanismo a través del cual los involucrados puedan ir proponiendo mejoras permanentemente.

En este caso, se aplicará la definición de la estrategia de intervención y luego, los siguientes componentes se agruparán en el diseño de los procesos, que tendrán en consideración la incorporación de estos.

## **II.2.4 DISEÑO DE PROCESOS**

Para hacer el diseño de procesos del diseño de la estrategia, se utiliza la herramienta BPMN por su amplio uso y simplicidad en la representación esquemática.

BPMN (*Business Process Modeling Notation*) es una notación gráfica que permite representar los pasos de un Proceso de Negocio (que es un conjunto

de tareas relacionadas que se llevan a cabo para generar productos y servicios). Es un estándar internacional de modelamiento de procesos a través del cual se pueden modelar los procesos de manera unificada, permitiendo el entendimiento de todas las personas de una organización.

Se distinguen cuatro categorías de elementos gráficos utilizados en BPMN<sup>5</sup>.

1. **Objetos de Flujo:** Se clasifican en *Eventos*, que aluden a la etapa de inicio, intermedia o final del proceso, *Actividades*, que representan el trabajo realizado en el proceso, pueden ser tareas específicas o subprocesos, que están formados por otras tareas. También están las *compuertas*, que son elementos de decisión dentro del proceso donde los flujos pueden converger o divergir.
2. **Objetos de Conexión:** Son los elementos usados para conectar dos objetos del flujo dentro de un proceso. Se clasifican en *líneas de secuencia* y *mensaje*, que conectan los objetos de flujo, y las *asociaciones*, que permiten asociar anotaciones dentro de algunos flujos.
3. **Canales:** Se clasifican en *Pools*, que representan a los actores del proceso, y *Lanes*, que son subdivisiones dentro de un *Pool*.
4. **Artefactos:** Se usan para proveer información adicional sobre el proceso. Se clasifican en *Objetos de Datos*, que son los datos producidos por las actividades, *Grupos*, que agrupa a los elementos del proceso y *Anotaciones*, para clarificar algunos aspectos.

## **II.2.5 EVALUACIÓN GESTIÓN DEL CAMBIO**

Considerando que parte importante en la implementación de un nuevo proyecto se relaciona a la gestión realizada sobre la implementación del cambio, se utiliza la propuesta de evaluación de Mario Waissbluth en la publicación "Gestión del Cambio en el Sector Público", basado en publicaciones de John Kotter.

Waissbluth adapta los errores frecuentes determinados por Kotter en el mundo privado, al público, cuando se trata de procesos de transformación en las entidades. A continuación se enlistan los errores:

---

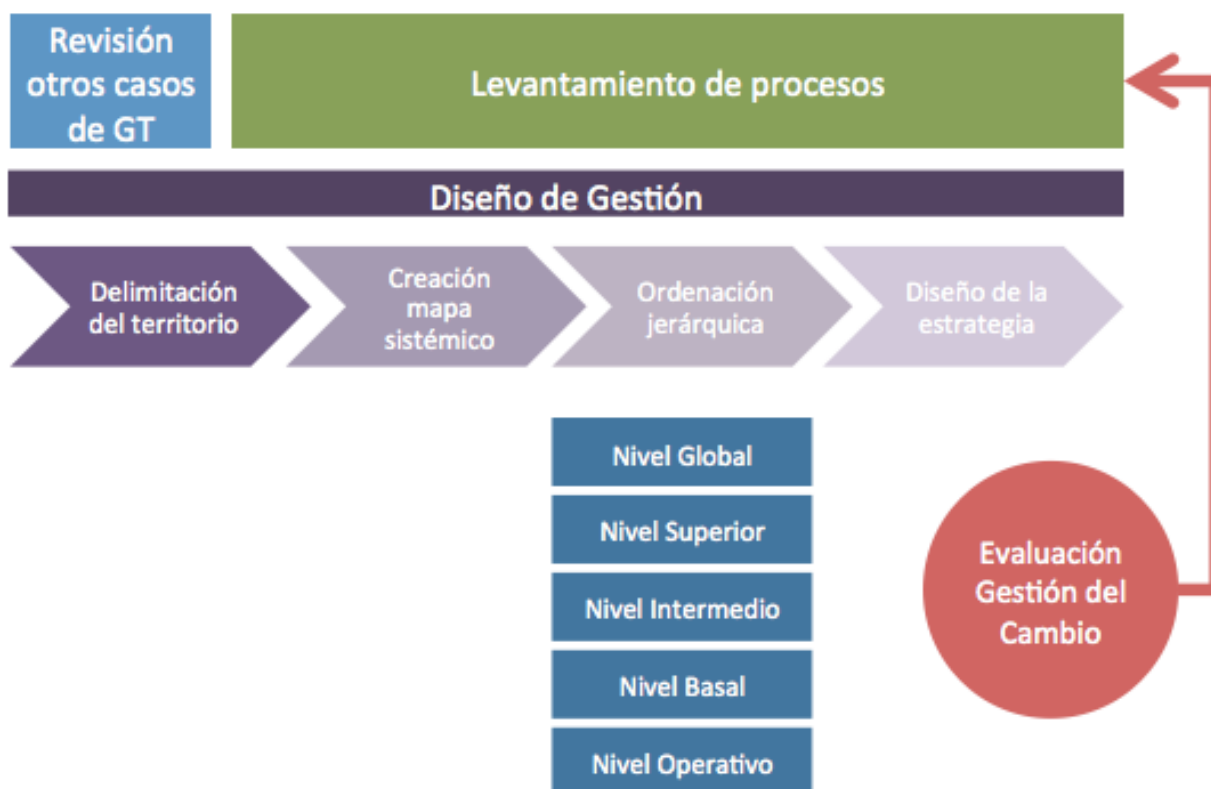
<sup>5</sup> <http://www.bizagi.com/esp/descargas/BPMNbyExample.pdf> [consulta: 04 septiembre 2015]



1. No generar convicción en la cúpula: El 75% de la cúpula debe estar convencida de la necesidad de cambios importantes. Por eso, es importante hacer un previo estudio de los liderazgos dentro de la institución y su interés por el cambio, para luego generar cambios de personas y conversaciones hasta asegurar el convencimiento necesario de la cúpula.
2. No generar una "coalición para el cambio": Como generalmente la idea de transformación surge desde un grupo pequeño de personas, se hace necesario agrandar este grupo para que la oposición (que son los funcionarios que no creen en el cambio y no lo apoyan, más que ser un grupo que tenga otra propuesta), no se agrupe y no detenga el cambio.
3. No generar una visión seductora del futuro: La visión del futuro es el "sueño ambicioso pero realizable". Debe ser fácilmente comunicable y comprensible, además de generar interés en los demás participantes.
4. Comunicar y discutir poco la nueva visión estratégica: No basta con un comunicativo, es necesario mantener una comunicación directa entre Jefes y Colaboradores, para ir presentando la nueva visión y recogiendo la opinión de los funcionarios, debe ser en forma de cascada y no jerárquicamente.
5. No atreverse a remover los obstáculos de la nueva visión: Siempre surgen importantes obstáculos en el proceso de cambio institucional, y si bien, en las primeras etapas se puede hacer caso omiso de ellos, a la larga es necesario enfrentarlo y que el reformador no se deje "derrotar".
6. No planear la aparición sistemática de triunfos de corto plazo: Es necesario contar con ganancias rápidas o "*quick wins*", que son pequeños logros que otorgan credibilidad y convencen que el cambio es lo correcto.
7. Declarar la victoria muy temprano: No hay que confundir las pequeñas victorias parciales con la victoria total, estas últimas se deben anunciar frecuentemente y considerarlas una base para enfrentar los siguientes obstáculos que de seguro vendrán.
8. Dejarse vencer por la cotidianidad: En el largo plazo, el entusiasmo del cambio va decayendo y este se ve ahogado por las urgencias institucionales. Por eso, es importante que haya gente que dedique parte de su tiempo exclusivamente a impulsar las distintas tareas del cambio, sabiendo que esto puede significar agregar tiempo extra a su ya atareada agenda.

La Ilustración 6 muestra un esquema resumen de la metodología aplicada en todo el trabajo. En ella se destaca la integración de distintos aspectos de análisis para desarrollar la Gestión Territorial.

**Ilustración 6: Metodología de Trabajo**



Fuente: Elaboración propia

# **Capítulo III: IMPLEMENTACIÓN DE LA METODOLOGÍA**

En este trabajo, como se explicó anteriormente, se generan propuestas para trabajar y desplegar políticas públicas de forma territorial en salud, estudiando el caso del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente.

En este caso de estudio de factibilidad, se quiere instaurar una metodología de trabajo con enfoque territorial, donde la intervención es replantear la forma de trabajo desde el Servicio de Salud, considerando una nueva organización que incluya la existencia de grupos territoriales.

## **III.1 REVISIÓN CASOS EXISTENTES**

### **III.1.1 CASO RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN - SSMSO**

En 2014, la Unidad de Desarrollo Organizacional e Incorporaciones de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas del SSMSO, se vio frente a la necesidad de actualizar la política de reclutamiento y selección de la red, lo que involucraba a los equipos de los tres hospitales. Para esto, la encargada de realizar la gestión para el rediseño de la política fue la Analista de Desarrollo Organizacional, quién comprendía la necesidad de trabajar en conjunto con los otros actores involucrados. El proceso de definición de la política duró aproximadamente un año.

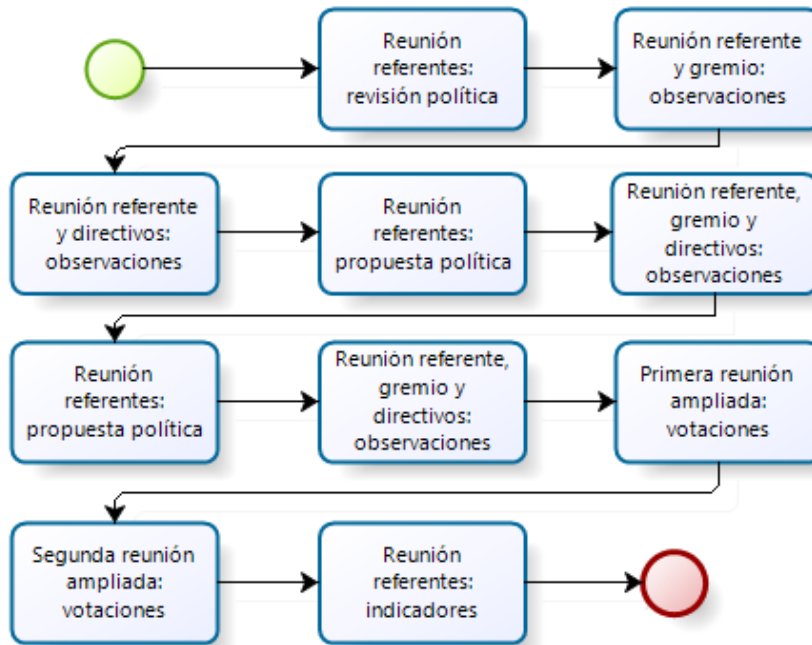
A continuación se presenta el proceso de trabajo que usaron.

1. Reuniones locales: En conjunto con los Referentes de Reclutamiento y Selección de los hospitales se organizaron reuniones para mostrar la política actual, separando entre procedimientos y políticas.
2. Reuniones con gremios del Servicio: Los Referentes de cada hospital generaron un plan de trabajo y luego se reunieron con los representantes de los gremios para mostrárselos y recoger observaciones.
3. Reuniones con los directivos del Servicio: Tras la reunión con los gremios, el Referente se reunió con los directivos del hospital, donde al mostrarles el plan de trabajo se recogieron observaciones.

4. Reunión de Referentes: Se compartió la información levantada y se definió lo que quieren hacer para generar una propuesta de política con toda la red involucrada.
5. Reunión con directivos y gremios: Cada Referente organizó una reunión donde estuvieron presentes tanto directivos como gremios de su Servicio. Se presentaron las propuestas de ambos sectores para discusión, generando un mini debate no resolutivo que permitió seguir recogiendo información para posteriores modificaciones.
6. Reunión de Referentes: Nuevamente se juntaron los Referentes de los hospitales y del SSMSO para compartir la experiencia de la reunión con directivos y gremios. En este paso se armó una propuesta de política.
7. Reunión con directivos y gremios: Nuevamente se generó esta instancia para presentar la propuesta de política elaborada por los Referentes.
8. Reunión ampliada: Participaron todos los directivos y gremios de la Red, los Referentes y el Director del SSMSO. Se trabajó con un método denominado "semáforo", donde se marca en verde aquellos puntos que son aprobados por todos, en amarillo aquellos que son aprobados por una mayoría pero que con una modificación serán aprobados por todos, y en rojo aquellos que son rechazados en su mayoría y que deben ser completamente modificados o excluidos. Cada sector de cada Servicio contó con un voto.
9. Segunda reunión ampliada: Aplicadas ya las modificaciones tras la reunión anterior, se volvió a votar las propuestas y cuando no hubo consenso, el Director del SSMSO decidió. Al término de esta reunión se obtuvo la definición de la política para toda la red, habiendo sido trabajada de manera integrada.
10. Reunión Referentes: Finalmente se reunieron nuevamente los Referentes para definir indicadores a los que hacer seguimiento para presentar en las cuentas públicas anuales. Algunos de los indicadores relacionados a los procesos organizativos fueron tiempo promedio de respuesta, que se definen según la capacidad de los distintos hospitales y porcentaje de asistencia a las reuniones.

En la Ilustración 7 se presenta un esquema representativo de lo explicado anteriormente. El mapa de proceso se encuentra en la sección Anexos.

#### Ilustración 7: Redefinición Política de Reclutamiento y Selección



Fuente: Elaboración propia

Se destacan las siguientes prácticas:

- Antes de la reunión: Se envía un correo electrónico para citar a la reunión con una semana de anticipación. Se define que no responder al correo significa asistencia, al contrario, cuando no se puede asistir, se envía respuesta explicando la situación. Adjunto a la citación, se envía un listado de los temas en general a tratar, y en caso de ser necesario, la documentación a trabajar.
- Después de la reunión: Al final la reunión se define la fecha para la próxima reunión. Se genera un acta que se envía a todos los citados, aún cuando no se presentan. De esta forma se deja constancia de lo tratado para revisarlo más adelante y para que los que no asisten puedan informarse. El acta se envía por correo electrónico y se da

plazo de una semana para que todos la revisen y hagan comentarios. Si hay observaciones, todos las revisan y se decide si integrarlas o no.

- Las reuniones se realizan en las locaciones de los distintos Servicios, para que todos fueran responsables de la preparación y al mismo tiempo, que no siempre les tocara movilizarse fuera de su Servicio.
- En caso que alguien no pudiera asistir a la reunión se deja un subrogante para no perder la continuidad de las reuniones.

### **III.1.2 CASO GESTIÓN TERRITORIAL EN EL SSMN**

Entre los años 2006 y 2007, Antonio Infante, actual Director del SSMSO, fue Director del Servicio de Salud Metropolitano Norte, implementando en ese período el trabajo territorial dentro del equipo de la Subdirección de Gestión Asistencial. La forma de implementación fue dividir al equipo en distintos grupos, donde cada uno tenía a cargo dos comunas de la Red. Los equipos escogieron dos comunas tratando que fueran distintas en el ámbito político de la administración, para tener visiones distintas dentro de la Red. El periodo desde que se anunció este cambio hasta que se comenzó a implementar fue aproximadamente un mes, pues no se generó gran resistencia.

Se observa que en esta implementación no hubo estandarización de los procesos a seguir, si no que más bien se dejó la libertad para que cada Grupo Territorial hiciera las gestiones para participar en las instancias que evaluara conveniente asistir. Como Grupo Territorial se juntaban periódicamente alrededor de 2 veces a la semana.

Los equipos participaron en las reuniones de los Departamentos de Salud de las comunas y en las de los Comités Técnicos de los Centros de Salud, pudiendo ver la ejecución de los programas en los territorios. Además lograron hacerse espacio en las instancias de los Concejos Municipales, pudiendo ver el movimiento y participación de los Alcaldes y Concejales.

Esta forma organizativa significó un cambio paradigmático para la gestión de la salud en las comunas de la red, pues la manera tradicional de gestionar los programas consistía en reuniones del Comité Técnico con el referente del programa del Servicio de Salud y generalmente trataban temas más administrativos, resultados de actividades, más que técnicos. Al incluir al Grupo Territorial se podía reforzar la conversación de temas técnicos con una visión más amplia por contar con especialistas de distintas áreas y por tener conocimiento de la ejecución en toda la comuna, generando un espacio reflexivo. La responsabilidad del Grupo Territorial era manejar los datos y la

situación actual del territorio para presentar los datos y evidencia al Comité Técnico.

Uno de los objetivos de implementar el trabajo territorial fue empoderar a los Directores de los Centros de Salud para hacer gestión sanitaria que respondiera a las necesidades de su población a cargo más que a responder las peticiones estadísticas del MINSAL, que por lo observado, estaba siendo más importante para los equipos técnicos de la Atención Primaria.

En relación a los equipos territoriales del Servicio de Salud, se observó que existió menor cooperación de algunas personas que trabajaban apegados al sistema tradicional de ejecución de programas, siendo más bien un nexo entre las peticiones del Ministerio y los Centros de Salud. Sin embargo, al observar que estaban teniendo resultados al ganar espacio en las instancias de reunión sanitaria, empezaron a tener más motivación y convencimiento.

Al terminar el período del directorio de Antonio Infante no se siguió implementando la Gestión Territorial y se volvió a la organización anterior.

### **III.1.3 CASO COMISIONES DE SALUD PÚBLICA EN CAMP DE TERRAGONA-CATALUÑA, ESPAÑA**

En Camp de Terragona, una región sanitaria de Cataluña, España, existe una alta cantidad de organizaciones prestadoras de servicios sanitarios respecto a otros territorios (siete prestadores distintos). Además, entes locales como Ayuntamientos son activos en temas de salud pública.

En 2006 se realizó un piloto de proyectos demostrativos en esta región, para ensayar formas de gestión participativas. En el ensayo se integró a diversas organizaciones relacionadas a la salud pública del territorio; atención primaria, entes locales, organizaciones no gubernamentales, universidad, colegios profesionales, entre otros. Además se adhirieron al proyecto empresas como supermercados y empresas alimentarias. Hubo distintas actividades de difusión del proyecto, entregando información y organizando actividades para promover la salud.

En 2009 se estableció dentro del sistema de salud pública, los Gobiernos Territoriales de Salud (GTS) que contaban con una Comisión Coordinadora de Prestadores de Salud dentro de la cual estaban la Subcomisiones de Salud Pública que coordinaban la provisión de Servicios de salud pública en cada territorio. En 2011, por cambio de legislatura en Cataluña, los GTS desaparecieron, pero se dio paso a las Comisiones de Salud Pública (CSP)

para mantener los instrumentos de coordinación. Estas últimas tienen un carácter de coordinación e impulsión de proyectos.

Dentro de las CSP se encuentran entidades gubernamentales del territorio, prestadores de atención primaria y salud mental, colegios profesionales de médicos, enfermeros, veterinarios, farmacéuticos y psicólogos, universidad, entre otros. Los representantes de las organizaciones anteriores se reúnen al menos dos veces al año en plenarios. El resto del año, divididos en grupos de trabajo, y con el diagnóstico de salud de cada territorio se llevan a cabo actividades sobre temas prioritarios. El organismo que promueve una iniciativa dentro del CSP será el protagonista y motor, mientras que los otros trabajarán en conjunto para ayudar a la ejecución.

Como resultados obtenidos con esta organización territorial, tras tres años de implementación, los diversos actores de salud pública del territorio se conocen más entre ellos, estableciendo un ambiente de confianza, apoyo y colaboración. Se ha conseguido mayor capacidad de convocatoria, pudiendo llegar a más gente con menos esfuerzo y recursos. También se logró la creación programas y actividades en conjunto, sesiones de salud pública y salud comunitaria, diagnósticos de salud territoriales y actos de promoción de la salud.

No obstante lo anterior, aún hay oportunidades de mejora sobre las que se puede trabajar, como la falta de concreción de objetivos de los grupos de trabajo, que más que responder a la satisfacción de una necesidad de salud, puede tener más que ver con intereses profesionales. Además, la irregularidad en la participación en las tareas de los grupos, donde muchas veces son los coordinadores quienes las realizan y el resto del equipo actúa más como opinantes que como equipo de trabajo colectivo.



## **III.2 DIAGNÓSTICO**

### **III.2.1 PROCESOS Y REVISIÓN REALIZADOS**

Para esto se realizaron entrevistas con las siguientes personas:

- Director: Antonio Infante
- Subdirector de Gestión Asistencial: Michael Velten
- Jefa de Departamento Gestión de Redes: Ana Valdés
- Jefa de Departamento Control de Gestión: Patricia González
- Jefa de Departamento Calidad y Seguridad del Paciente: Silvana Gatica
- Profesional Departamento Atención Primaria: María José Osorio
- Coordinador Grupo Territorial Cordillera: Sebastián Cortés
- Coordinadora Grupo Territorial La Florida: Erika Ballas
- Coordinadora Grupo Territorial Santa Rosa: Mariola Mestanza
- Subdirector de Gestión Asistencial Hospital Clínico Metropolitano La Florida: Jorge Ramírez

También se participó en las siguientes instancias:

- Reunión de coordinadores de grupos territoriales
- Jornada de la SDGA de introducción a la aplicación de Indagación Apreciativa alrededor del tema de la Gestión Territorial
- Jornada de la SDGA de trabajo de Indagación Apreciativa
- Reunión de grupo territorial La Florida con participación de Dirigente comunal de salud
- Reunión de Consejo Técnico de la Dirección de la SDGA

Se revisaron los siguientes documentos institucionales:

- Funciones de Integrantes del Departamento Gestión de Redes
- Funciones de Integrantes del Departamento Control de Gestión
- Funciones de Integrantes del Departamento Calidad y Seguridad del Paciente
- Funciones de Integrantes del Departamento Atención Primaria
- Presentación Grupos Territoriales. Noviembre 2014
- Presentación Subdirección de Gestión Asistencial SSMSO. Julio 2014
- Plan de Salud de las comunas de la red metropolitana sur oriente
- Orientación Técnica Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria 2015
- Plan de Desarrollo Estratégico y Cuadro de Mando Integral 2016-2018. Etapa 1. Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente

## **III.2.2 PROGRAMAS DE SALUD**

Los Programas de Salud que actualmente se trabajan desde el SSMSO, al administrar los recursos financieros desde el Departamento de Atención Primaria y proponer y coordinar estrategias y planes de implementación en relación a las prioridades de salud establecidas por el MINSAL y la SEREMI de Salud, desde el Departamento de Gestión de Redes, son los siguientes:

### Ciclo Vital

- Programa Infantil
- Programa Adolescente
- Programa Adulto
- Programa Adulto Mayor

### Transversales

- Programa Salud Sexual y Reproductiva
- Programa Salud Mental
- Programa Salud Dental
- Red de Urgencia
- Red de Farmacia
- Red Salud Respiratoria
- Red Unidades de apoyo y Laboratorios

### Programas Especiales

- Chile Crece Contigo o PADB
- Inmunizaciones
- Infecciones Respiratorias Agudas y Crónicas del adulto y niño
- Oxigenoterapia y Dependientes de Oxígeno
- TBC
- Rehabilitación
- Epidemiología
- Alcohol y Drogas
- Maltrato Infantil y VIF
- Vida Nueva
- PRAIS

Para los que existen Referentes Técnicos dentro del SSMSO, en los distintos Departamentos, pero principalmente desde el Departamento de Gestión de Redes.

Los Referentes Técnicos son la contraparte del MINSAL para la administración y gestión de los programas dentro del SSMSO.

### **III.2.3 PROCESO DE GESTIÓN DE PROGRAMAS**

Con los pasos anteriores, se comprendió cómo funciona el trabajo con los programas desde el MINSAL en el SSMSO.

La gestión de los programas de Atención Primaria se trata desde el Departamento de APS de la SDGA. El proceso se describe a continuación:

#### Atención Primaria en el SSMSO

Para hacer un contraste entre la situación anterior y la situación deseada, a continuación se describe, de manera general, el funcionamiento del Departamento de Atención Primaria en relación al control de convenios (programas).

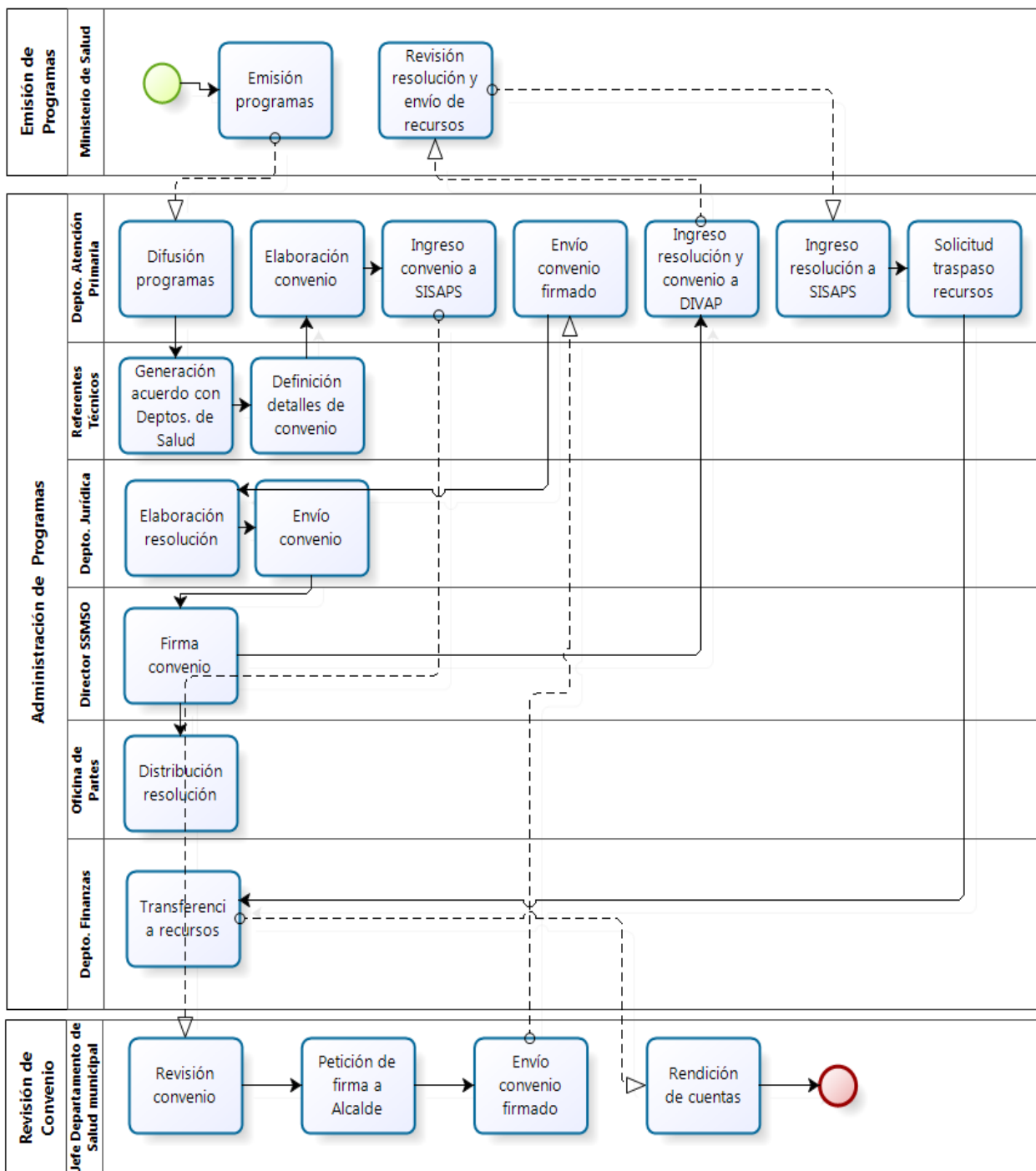
1. Desde el Ministerio de Salud se emiten los programas, siendo enviadas las resoluciones de estos mismos y los recursos que serán utilizados.
2. En el Servicio de Salud los programas son recibidos por Atención Primaria y difundidos en los Departamentos que tengan relación, que pueden ser Gestión de Redes y otros fuera de la Subdirección de Gestión Asistencial (Recursos Humanos y Participación).
3. Se realiza una negociación que consiste en un acuerdo entre Referentes Técnicos (funcionarios del Servicio de Salud que manejan los aspectos técnicos de cada programa) y las entidades administradoras comunales. Esta negociación tiene que ver con los compromisos a cumplir por parte de ambas partes, incluyendo la revisión de la gestión anterior de los centros de salud para justificar el reparto de recursos desde el Servicio de Salud.
4. Una vez que está finalizada la negociación con los encargados comunales, se elabora el convenio desde el Departamento de Atención Primaria. Si bien son los Referentes Técnicos quienes entregan los detalles del convenio, no son ellos quienes lo escriben.
5. El convenio elaborado es subido a una plataforma llamada SISAPS que se utiliza para que tanto desde el departamento de Atención Primaria, como los Referentes Técnicos y los Encargados Comunales puedan observar la situación actual del programa en específico dentro de cada Centro de Salud y también subir información respecto a lo mismo.
6. El convenio elaborado es enviado al Jefe de Salud comunal para su revisión y posterior firma de parte del Alcalde de la comuna.

7. El convenio firmado es recibido en el Departamento de Atención Primaria y posteriormente enviado al Departamento de Jurídica (no pertenece a la Subdirección de Gestión Asistencial), quienes elaboran la resolución.
8. Jurídica envía el convenio al Director del Servicio para que lo firme. Así también genera la resolución correspondiente.
9. Desde la Oficina de partes se distribuye la resolución entre los diferentes Departamentos involucrados y Contraloría General de la República en caso de que sea resolución afecta (sobre 5.000 UTM).
10. Desde APS, la Secretaria sube la resolución y el convenio firmado a la web DIVAP (División de Atención Primaria) del Ministerio de Salud.
11. Desde el Ministerio de Salud se revisa la resolución y se envían los recursos al Servicio de Salud, información que es recibida por el Departamento de Finanzas y de Atención Primaria.
12. La resolución se sube a la plataforma SISAPS desde el Departamento de Atención Primaria.
13. Desde el Departamento de Atención Primaria se realiza la solicitud para el traspaso de los recursos hacia las comunas.
14. El Departamento de Finanzas hace la transferencia de los recursos a las comunas.
15. El Departamento de Finanzas solicita rendición de cuentas al Área Financiera de las comunas.
16. Se realiza la rendición de cuentas desde las comunas hacia el Servicio de Salud, que además es revisada o validada por el referente técnico del Servicio.

De lo anterior se observa que los temas referentes a la salud primaria para las comunas está centralizado en ciertas entidades, principalmente en el Jefe de Salud, por lo que desde cada centro no existe generalmente comunicación directa con el Servicio de Salud. Esta distancia generada por la formalización de los procesos ha sido detectada desde el interior del Servicio de Salud como poco coherente con la misión que existe en ser una Red de Salud integral pues no se conoce desde cerca la realidad de cada centro y la comunicación que se espera exista como Red de Salud, no es efectiva.

En la Ilustración 8 se presenta un esquema del proceso anterior

**Ilustración 8: Administración Programas en SSMSO**



Fuente: Elaboración propia

### **III.3 EVALUACIÓN GESTIÓN DEL CAMBIO**

Continuando con la metodología escogida, corresponde evaluar cómo se ha llevado a cabo el cambio de la Gestión Territorial en el SSMSO, para lo que se revisa cada uno de los errores nombrados por Waissbluth y se analiza si ha tenido lugar en este caso.

1. No generar convicción en la cúpula

La cúpula del SSMSO está formada por el Director y los tres Subdirectores (Gestión Asistencial, Gestión y Desarrollo de las Personas y Administrativo). Respecto a este punto se ha logrado observar que el cambio está orientado principalmente hacia la SDGA, involucrando solo a este Subdirector. Por lo tanto se deja fuera al 50% de la cúpula, no cumpliendo con la convicción del 75% que sugiere Waissbluth.

Además, se observa que quien lidera la idea del cambio hacia el enfoque territorial ha sido el Director del SSMSO, sin generar el convencimiento necesario de parte del Subdirector de la SDGA, si no que la aceptación de realizar el cambio, pero sin realmente comprender de qué se trata.

Para corregir lo anterior, se sugiere que el Director cite a los tres Subdirectores a una reunión o jornada, en la cual se converse de manera extensa el cambio que se quiere realizar, para qué es necesario hacerlo, recoger la opinión de todos y generar un plan estratégico que será la base para expandir la idea del cambio hacia el resto de la institución.

2. No generar una "coalición para el cambio"

Se observa que existen funcionarios que se encuentran a favor del cambio como se planteó en un principio, con la existencia de grupos territoriales liderados cada uno por un coordinador, otros que están de acuerdo en realizar gestión territorial pero con otra forma organizativa, y otros que se encuentran más bien reticentes a cualquier cambio.

En la experiencia de la jornada de la SDGA sobre Gestión Territorial, se pudo detectar que algunos funcionarios apoyan la necesidad de cambiar la forma anterior de trabajo, donde no se daba espacio a la Gestión Territorial de manera explícita. Sin embargo, no se ha logrado generar un grupo de trabajo cohesionado que promueva el cambio, desde donde exista un consenso de lo que se quiere hacer y que permita mostrar al resto del equipo que el cambio es necesario y que sí existe apoyo. Lo que se puede detectar actualmente, es que la mayoría apoya el objetivo del enfoque territorial en la salud para disminuir la

inequidad y la fragmentación de la red, pero existe mucha diferencia de opinión respecto a cómo llevar a cabo el trabajo territorial.

Se sugiere que para el futuro trabajo en torno a la Gestión Territorial, se cree un Comité de Difusión y coordinación que bien podría estar formado por los Coordinadores Territoriales, sin embargo, es necesario que ellos sean funcionarios comprometidos con la idea, que sean líderes dentro del equipo de la SDGA y que sean proactivos. Esto último pues ellos serán quienes generen las instancias de trabajo territorial y que deleguen las tareas en el resto del equipo.

Se puede dividir el trabajo en dos etapas, una primera de difusión y organización del equipo en torno a responsabilidades, y una segunda de implementación. En la primera etapa, el Comité deberá generar un método para comunicar las decisiones tomadas en conjunto con la cúpula del SSMSO hacia el resto del equipo, y además, para comunicar y trabajar en conjunto con los equipos de salud de hospitales, CESFAM, comunas e intersector. Más adelante se presentarán propuestas para estos procesos.

### 3. No generar una visión seductora del futuro

Respecto a este error, se observa que el Director del Servicio mantiene una visión de futuro del trabajo territorial que lo llevó a la decisión de implementar los Grupos Territoriales, pero esta no ha seguido un proceso que la haga comunicable y comprensible para los demás participantes pues no se realizó una instancia o comunicado oficial donde se haya transmitido. Más bien han sido conversaciones directas con el Subdirector de la SDGA, las Jefas de Departamento y los Coordinadores. Aún así, tras las conversaciones con ellos, se ha detectado que no existe claridad entre todos ni un consenso sobre lo que se quiere lograr.

Desde el Departamento de Desarrollo Organizacional e Incorporaciones de la Subdirección de Gestión y Desarrollo de las Personas, se comenzó un trabajo de Indagación Appreciativa, que incluyó dentro de una jornada de la SDGA, separar al equipo en grupos que discutieran sobre el "sueño" que esperan alcanzar con el enfoque territorial. El siguiente paso es recopilar esa información y generar una única propuesta de visión del futuro. Se sugiere que esa propuesta sea posteriormente difundida a todo el equipo del SSMSO y a las otras instituciones y organizaciones que sean partícipes del cambio, e incluir sugerencias que vengan desde ellos para llegar a una visión interesante y motivante para toda la red.

#### 4. Comunicar y discutir poco la nueva visión estratégica

Si bien no se ha formulado una visión estratégica clara, al implementar los Grupos Territoriales se observó que no existió comunicación y discusión al respecto entre Jefes y Colaboradores, si no que fue un mandato desde la Dirección del SSMSO y que los funcionarios asumieron como parte del trabajo. Esto mismo generó resistencia de parte de quienes no comprenden cuál es el motivo del cambio, y que ven con temor la carga extra de trabajo que significa reunirse como grupos territoriales y cumplir con las tareas que les sean asignadas. Por lo mismo, tras más de un año de implementación de los Grupos, aún no se han podido establecer prácticas de trabajo, la planificación inicial que consideraba reuniones mensuales no ha sido cumplida, y desde otras instituciones de la Red no han visualizado el trabajo territorial del SSMSO.

Se sugiere que dentro de la cúpula se pueda aclarar la visión estratégica de la implementación del enfoque territorial, que sea discutida con el Comité Territorial y los Jefes de Departamento del SSMSO y que ellos puedan discutirlo con sus colaboradores. Se espera generar retroalimentación tras estas discusiones.

De la misma manera que la comunicación interna del SSMO, se espera que el Comité Territorial pueda reunirse con los Jefes y Directores de las instituciones y organizaciones involucradas para que ellos puedan realizar la discusión necesaria con sus equipos y entregar retroalimentación. Para esto deben existir reuniones periódicas entre Comité Territorial y equipos externos para recoger la información que permita hacer los cambios necesarios dentro de la visión estratégica.

#### 5. No atreverse a remover los obstáculos de la nueva visión

Se observa que un obstáculo inminente es la poca flexibilidad que otorga la administración del MINSAL en cuanto a los requerimientos que entrega a los funcionarios de los Servicios de Salud. Actualmente, los Referentes Técnicos de distintos programas de salud deben reportar información periódica que el MINSAL les exige, teniendo que recopilarla de los diferentes hospitales y Centros de Atención Primaria que corresponda. Esta tarea significa el uso de la mayor parte del tiempo de trabajo de referentes técnicos, por lo que el tiempo para cumplir con las tareas territoriales está bastante limitado si se sigue trabajando bajo la lógica de responder primero al MINSAL.

Los comentarios de los funcionarios del SSMSO reflejan el temor a quitarle prioridad a lo que piden desde el Ministerio, pues cada uno es la "cara visible" del programa desde el Servicio de Salud y no quieren verse perjudicados, sin embargo, el mandato de parte del Director del



Servicio es a darle prioridad a los temas territoriales y después responder al Ministerio.

Se sugiere que para generar mayor confianza en el equipo, el Director del Servicio sea capaz de generar una alianza con el Ministerio, donde exista la flexibilidad y comprensión necesaria, y el SSMSO sea posicionado como líder en la gestión del cambio hacia el trabajo territorial, mostrando los beneficios de esta nueva forma de trabajo y aclarando que los objetivos ministeriales están alineados con los objetivos territoriales.

6. No planear la aparición sistemática de triunfos de corto plazo  
Se observa que en la organización del trabajo territorial no ha habido resultados de corto plazo visibles que permitan al equipo del SSMSO y al equipo externo que forma parte de la red, a convencerse del cambio. Por lo mismo, existe la sensación que se implementó un cambio sin sentido y que por mucho que existan los Grupos Territoriales, las cosas no han cambiado realmente.

Mientras el trabajo territorial no tenga sus primeros resultados como gestión, por mientras se puede tener pequeños resultados de las reuniones y jornadas realizadas, mostrando al equipo del SSMSO que se está trabajando en la planificación y que no es algo que se haya dicho solamente. Así por ejemplo, tras el trabajo de los 4 Grupos en la jornada de IIA de las SDGA, es necesario presentar ya sea a través de un documento, una sesión de equipo u otra forma, el consenso que puede rescatarse de las distintas opiniones a modo de propuesta de diseño para la organización. Estos resultados deben ser mostrados lo antes posible, para dar continuidad al trabajo y no permitir que las convicciones se disuelvan.

7. Declarar la victoria muy temprano  
En este caso, se debe tener cuidado con diferenciar las victorias a corto y mediano plazo, y las victorias a largo plazo. Entre las primeras se espera una mejor gestión en temas puntuales respecto a la organización de la red de salud, pero la victoria total se obtendrá una vez que esta forma de trabajo quede arraigada al equipo y que aún cuando exista cambio de Gobierno, significando un posible y casi seguro cambio de Director, no se pierda el trabajo realizado en estos años.
8. Dejarse vencer por la cotidianeidad  
Se observa que la cotidianeidad es un gran factor perjudicial para el caso de la implementación del trabajo territorial en el SSMSO. Por un lado existen funcionarios que llevan años trabajando en el Servicio y están de cierta forma "acostumbrados" a un estilo de trabajo, donde lo

principal es reportar al MINSAL y enfocarse en el cumplimiento de indicadores que son más bien promedios de la red. Por otro lado, hay funcionarios que considerando fundamental el trabajo territorial, se ven sobrepasados por las otras tareas urgentes que deben cumplir, y que por cotidianidad, les dan prioridad.

En ambos casos, es necesario generar interés y confianza en los funcionarios para que mantengan el impulso inicial. Para lograrlo, es necesario evitar los errores anteriores.

## **III.4 DISEÑO DE GESTIÓN**

En primer lugar, es importante aclarar que en este trabajo se considerará como intervención territorial la organización del trabajo en Grupos Territoriales, para implementar las políticas provenientes del Ministerio de Salud, de manera local. Frente a esta intervención, se realiza el estudio metodológico y las propuestas para su despliegue.

Para cada una de las etapas de la metodología, se plantean prácticas para llevarlas a cabo.

### **III.4.1 DELIMITACIÓN DEL TERRITORIO**

#### **1. Dimensión geométrica**

En este caso, se toma la delimitación del territorio como dada, pues se trabajará según el territorio geométrico de la Red Metropolitana Sur Oriente, y cada Subred comprende diferentes comunas, por lo que cada Grupo Territorial tiene su propio macro territorio definido como la unión de las comunas que integra, y a su vez, territorios de menor escala que son cada comuna en particular.

Se considera de todas formas que en la ejecución del trabajo territorial, se vayan definiendo territorios o zonas aún de menor escala, que pueden ser barrios o sectores específicos dentro de las comunas. Para esto se propone la utilización de herramientas de geo referenciación que permitan determinar, según la información estadística recogida, caracterizar las diferentes zonas dentro de un territorio. Por ejemplo, podría usarse el software ArcGIS, que permite hacer análisis geo estadístico, y el SSMSO ya cuenta con la licencia.

## 2. Dimensión relacional

En cuanto a las relaciones verticales desde el MINSAL hasta los Grupos Territoriales, podría explicarse de manera bastante clara; Ministerio, Dirección SSMSO, Subdirector SDGA, Departamentos SDGA, Departamentos de Salud municipales, Centros de Atención Primaria, hospitales y CRS. Sin embargo, uno de los objetivos de trabajar de manera territorial, es desrigidizar esas relaciones verticales e incluir otros actores dentro de la escena de trabajo programática.

Actualmente la posición de los Grupos Territoriales es confusa dentro del organigrama del SSMO. En la jornada de Indagación Apreciativa de la SDGA se propusieron distintos mapas organizacionales para incluir el trabajo territorial. Las propuestas incluían fortalecer la independencia de los Grupos Territoriales para así permitir la fluidez del trabajo. Con lo anterior más el trabajo de levantamiento de información, se propone la creación del Departamento de Gestión Territorial en la SDGA y dentro de este incluir a la persona que actualmente está encargada de Atención Primaria del casi ya inexistente Departamento de Atención Primaria.

Los problemas que podrían enfrentarse ante este cambio organizacional incluyen la resistencia de parte del MINSAL al desaparecer el Departamento de Atención Primaria. Para resolver lo anterior, se ha observado que si bien existe un juicio fundado de la rigidez del ministerio, ya han existido conversaciones entre encargados de ahí y encargados del SSMSO que muestran que mientras se justifique la existencia del nuevo Departamento en función de los objetivos sanitarios que ha propuesto el Ministerio y el fortalecimiento de la Red Asistencial, además de demostrar que no se perderá el trabajo con la Atención Primaria, sino que se mantendrá pero en un nuevo ente, entonces existe un nivel de aceptabilidad muy probable.

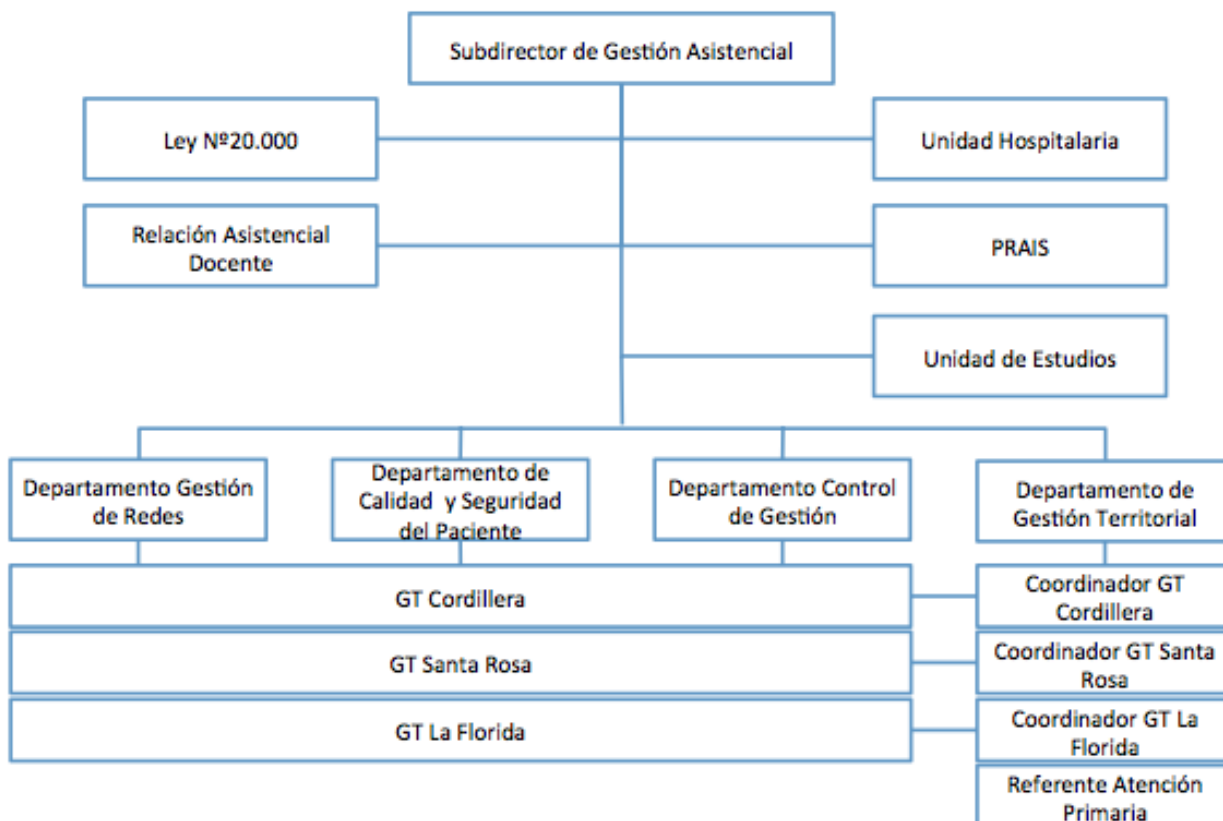
Además de lo anterior, se propone la existencia de un Consejo de Gestión Territorial que incluya grupos territoriales del SSMSO, encargados de centros de Atención Primaria, hospitales, CRS, Departamentos de Salud de las comunas e intersector.

Entonces, en los territorios estarán los Encargados de los Servicios de prestación de salud y de forma más horizontal estará el trabajo con los Grupos Territoriales del SSMSO y los Departamentos de Salud municipales para el caso de la Atención Primaria. Dentro de los Grupos Territoriales estará el equipo territorial y a la cabeza el Coordinador Territorial. Los Coordinadores Territoriales serán subordinados del Subdirector de la SDGA. Dentro del Departamento de Gestión Territorial estará la actual encargada de Atención Primaria que será responsable de temas más administrativos de los programas y será el referente para el MINSAL. Entonces, será ella la

encargada de transmitir la información hacia los Coordinadores Territoriales, pero no será jefa de ellos.

De esta forma, el nuevo organigrama de la SDGA sería como se muestra en la Ilustración 9.

**Ilustración 9: Propuesta Organigrama SDGA**



Fuente: Elaboración propia

En esta propuesta de organigrama no se muestran las unidades dentro de los otros Departamentos por simplicidad del esquema.

Los Grupos Territoriales son transversales a los otros Departamentos pues los equipos seguirán siendo formados por integrantes de ellos, pero que además cumplirán con sus tareas actuales. Tras conversaciones se ha determinado que incluir la tarea de integrar los Grupos Territoriales no significa una gran carga extra, solo se debe reorganizar el tiempo, entender que lo que actualmente hacen es parte del trabajo territorial y acordar que la prioridad es el este más que las respuestas a los correos consultivos desde el MINSAL. Para esto último es trabajo del Director del SSMSO entregar el respaldo y confianza para la comprensión del real objetivo del trabajo dentro

del SSMSO, que es la gestión sanitaria, y eso se cumple con el trabajo territorial más que con la recopilación de estadísticas y resultados de actividades como actualmente se prioriza.

En el caso del Servicio de Salud Metropolitano Norte, se observó que hubo un consenso de priorizar el trabajo territorial, esto implicó salidas a terreno principalmente, que fueron reconocimiento de Centros de Atención, participación en reuniones con Comités Técnicos, con Departamentos de Salud y en los Concejos Municipales. Los funcionarios del Servicio de Salud a medida que disminuían la resistencia, pudieron compatibilizar las tareas tradicionales con las de los Grupos Territoriales.

### **III.4.2 CREACIÓN DEL MAPA SISTÉMICO**

Se busca generar un mapa sistémico que represente la situación actual de la Gestión Territorial para el caso de la SDGA del SSMSO.

Elementos internos SSMSO

El Director del Servicio (A) es también parte de este proyecto pues es el impulsor de este método de trabajo, además, por su cargo, es parte de la verticalidad de las redes. Dentro del mapa sistémico, es considerado un Objeto con los siguientes atributos:

- (A1) Integrante de la cúpula institucional
- (A2) Capacidad administrativa y técnica
- (A3) Capacidad negociadora (Entre SSMSO y Ministerio de Salud)

Dentro de la Subdirección de Gestión Asistencial existen otros objetos. Se distingue la figura del Subdirector de Gestión Asistencial (B), que es considerado un objeto del mapa sistémico, con los siguientes atributos:

- (B1) Integrante de la cúpula institucional
- (B2) Capacidad administrativa y técnica
- (B3) Capacidad negociadora (entre grupos territoriales y Director del Servicio de Salud)

Otro objeto que será parte de esta intervención es la recientemente creada Unidad de Estudios (C) (a partir de 2015), que cuenta con los siguientes atributos:

- (C1) Acceso a información de gestión y desempeño
- (C2) Capacidad técnica

Actualmente la Unidad de Estudios aporta a los Grupos Territoriales con la participación de sus integrantes dentro de los equipos.

Los Departamentos de la SDGA son parte de esta implementación, pues los integrantes de ellos se han distribuido en los tres Grupos Territoriales. De esta forma, se considera que los atributos que tienen son:

Departamento de Gestión de Redes (D):

- (D1)Capacidad técnica
- (D2)Influenciabilidad en los equipos de salud de las comunas y de los centros de atención. Esto pues los referentes técnicos de los diferentes programas de salud trabajan de manera directa con los equipos de salud, y en algunos casos la relación es cercana, de manera que tienen una comunicación más fluida respecto al resto del equipo de la SDGA y mayor conocimiento de quiénes son.

Departamento Control de Gestión (E):

- (E1)Capacidad técnica
- (E2)Acceso a información estadística de implementación de programas

Departamento de Calidad y Seguridad del Paciente (F):

- (F1)Capacidad Técnica

Departamento de APS (G):

- (G1)Capacidad técnica
- (G2)Capacidad administrativa de recursos para Centros de Atención Primaria

Los Grupos Territoriales (H) son otro objeto dentro del mapa sistémico de la Gestión Territorial. Como se dijo anteriormente, están formados por los mismos integrantes de los Departamentos de la SDGA, divididos en cantidades relativamente similares. Sus atributos son:

- (H1)Capacidad técnica
- (H2)Capacidad analítica de la información estadística obtenida
- (H3)Visión integrada de los temas territoriales

Aunque la línea principal de prestación del Servicio dentro del SSMSO está en la SDGA, se considera importante incluir a otros actores, Departamentos y unidades, fuera de esta subdirección, que podrían verse involucrados o participar en el proceso territorial.

Subdirector Administrativo (I):

- (I1) Integrante de la cúpula institucional
- (I2) Capacidad administrativa y técnica
- (I3) Capacidad negociadora (entre dirección del Servicio y departamentos de la subdirección)

Departamento de Finanzas (J):

- (J1) Capacidad administrativa de los recursos a transferir

Subdirector de Gestión y Desarrollo de las Personas (K):

- (K1) Integrante de la cúpula institucional
- (K2) Capacidad administrativa y técnica
- (K3) Capacidad negociadora (entre dirección del Servicio y Departamentos y unidades de la Subdirección)

Departamento Gestión de Personas (L):

- (L1) Capacidad administrativa y técnica en relación a la posibilidad de nuevas contrataciones o cambios de contrato

Unidad de Desarrollo Organizacional e Incorporaciones (M):

- (M1) Capacidad administrativa y técnica en relación a la posibilidad de nuevas contrataciones
- (M2) Capacidad técnica en relación a la gestión del cambio dentro de la institución

Departamento Gestión de Capacitación de las Personas (N):

- (N1) Capacidad técnica en relación a la posibilidad de nuevas contrataciones o de la necesidad de volver a capacitar a funcionarios ya contratados

Elementos externos SSMSO

Hay otros actores/objetos involucrados en la Gestión Territorial, externos al SSMO, pero que cumplen funciones importantes.

Ministerio de Salud (O): Es el ente estatal encargado de formular y fijar las políticas de salud que son la base para los Programas a implementar. Sus atributos son:

- (O1)Capacidad técnica
- (O2)Conocimiento universal (general) de la situación de salud nacional
- (O3)Capacidad administrativa

Subsecretaría de Redes Asistenciales (P):

- (P1)Capacidad administrativa y reguladora

Subsecretaría de Salud Pública (Q):

- (Q1)Capacidad administrativa y fiscalizadora

Seremi de Salud (R): También un ente estatal, que se encarga de la salud a nivel regional, manteniendo un diagnóstico actualizado de la situación de salud, realiza vigilancia epidemiológica y evalúa las metas sanitarias de la Atención Primaria. Su atributos son:

- (R1)Capacidad reguladora y fiscalizadora

Departamentos de Salud municipales (S): Estos equipos tienen principalmente una función administrativa sobre los Centros de Atención Primaria y su financiamiento. Sus atributos son:

- (S1)Capacidad técnica
- (S2)Conocimiento de la realidad de la población municipal
- (S3)Capacidad administrativa
- (S4)Interés por negociar

Concejo municipal y alcalde (T): Este equipo tiene una función administrativa y resolutoria respecto a políticas municipales, siendo el Alcalde quien presenta los programas anuales al respectivo Servicio de Salud. Sus atributos son:

- (T1)Capacidad administrativa y decisiva
- (T2)Capacidad negociadora (con Servicio de Salud)

Equipos de hospitales y CRS (U): Como parte de la Red de Salud, estos equipos son fundamentales para el cumplimiento del rol de entrega de salud pública de calidad. Son prestadores de servicio en el nivel secundario y terciario de salud. Sus atributos son:



- (U1)Capacidad técnica
- (U2)Conocimiento directo de los usuarios de salud pública
- (U3)Capacidad administrativa
- (U4)Interés por negociar

Equipos de salud en Centros de Atención Primaria (V): Estos son los equipos que forman parte de los CESFAM, Consultorio o Posta rural del territorio, que son prestadores de servicio en el nivel primario de salud y que trabajan principalmente en la promoción y prevención de salud, bajo el enfoque del Programa Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Sus atributos son:

- (V1)Capacidad técnica
- (V2)Conocimiento directo de los usuarios de salud pública y su comunidad
- (V3)Capacidad administrativa
- (V4)Interés por negociar

Equipos de establecimientos de salud públicos o privados en convenio con el Servicio de Salud (W): Estos equipos prestan servicios de salud en casos que los establecimientos de salud de la Red Asistencial no tengan la capacidad. Sus atributos son:

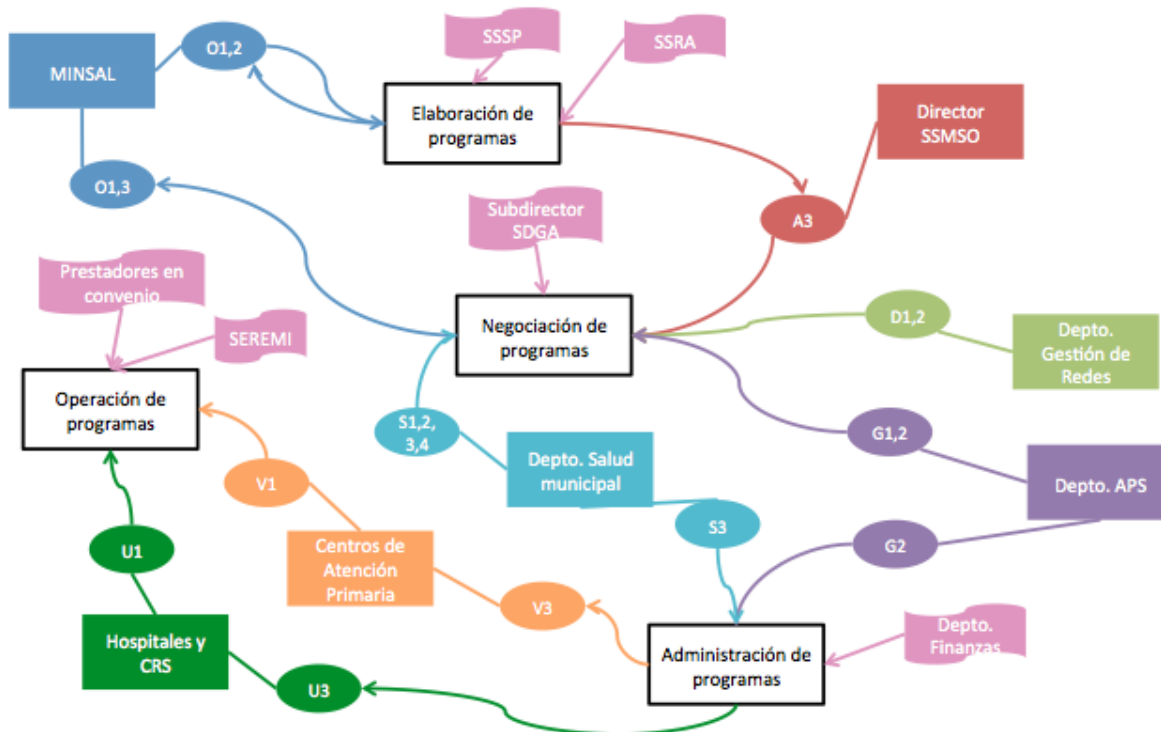
- (W1)Capacidad técnica
- (W2)Conocimiento de usuarios de salud de la red
- (W3)Capacidad administrativa
- (W4)Interés por negociar

Intersector (X): Se considera a las organizaciones e instituciones que representan el entorno de los usuarios de salud, como establecimientos educacionales, organizaciones vecinales, comunales, ONGs, etc. A través de ellos, los usuarios de salud dejan de ser solo eso, y son considerados personas en su integralidad, considerando que su entorno puede afectar los resultados en salud. Sus atributos son:

- (X1)Conocimiento directo de los usuarios de salud
- (X2)Capacidad técnica y administrativa en sus respectivas áreas
- (X3)Interés por negociar ya que su propio desempeño se ve afectado por los mismos usuarios de salud

El mapa sistémico se muestra en la Ilustración 10.

**Ilustración 10: Mapa Sistémico Situación Actual de Programas de Salud SSMSO**



Fuente: Elaboración propia

En el mapa, se representan como rectángulos rellenos a los objetos del sistema, que son los antes mencionados. A través de sus atributos, representados por óvalos y nombrados con las letras y números antes mencionados, realizan los procesos, que se representan como rectángulos no rellenos. Se consideran los macro procesos ligados al despliegue de políticas públicas (que son los programas de salud) en el caso del SSMSO. Los procesos son:

1.Elaboración de programas: En el proceso de elaboración participa el Ministerio de Salud y la Seremi, manteniendo el diagnóstico regional que entrega la información relevante y formulando los programas.

2.Negociación de programas: En este proceso la negociación parte desde los equipos comunales, que intentan obtener las mejores condiciones financieras para la salud en su comuna, esto lo hablan directamente con el equipo del Servicio de Salud, quién puede hacer llegar estas y sus propias aprehensiones al Ministerio de Salud.

Los hospitales y CRS realizan esta tarea de forma independiente.

3.Administración de programas: Cuando la negociación ya fue hecha en caso que así fuera necesario, este proceso de administración comienza desde el equipo del Servicio de Salud, que tiene la facultad de hacer el traspaso de los recursos a las municipalidades. Luego, es el equipo municipal el encargado de hacer el traspaso a los Centros de Atención Primaria. En caso que sea necesario, el equipo del Servicio de Salud, asesora técnicamente a los equipos de los Centros de Salud en la gestión e implementación de los programas.

Por otro lado, los hospitales y CRS administran de manera independiente los programas que les competen.

4.Operación de programas: Este último macro proceso, consiste en la entrega del servicio, siguiendo las orientaciones del programa propuestas por el MINSAL. Pero son los equipos de los Centros de Atención Primaria, CRS y hospitales, los encargados de generar los procedimientos a nivel operativo.

Se observa que los grupos territoriales y el intersector no están conectados a ninguno de los procesos, pues con el sistema actual, los Grupos Territoriales no están realizando tareas que influyan en los programas, y el intersector no está incluido formalmente en ninguno de los procesos.

### **III.4.3 ORDENACIÓN JERÁRQUICA**

#### **III.4.3.1 NIVEL GLOBAL**

En este caso el levantamiento de información corresponde a comprender las normativas que rigen al Servicio de Salud. Como actualmente existe el Departamento de Jurídica, se propone que en conjunto al Departamento de Capacitaciones generen una instancia de capacitación para los integrantes de Grupos Territoriales, así como Director y Subdirectores del SSMSO, que incluya las normativas, usos, costumbres, etc., que estén relacionadas a la intervención territorial. Se espera que esta capacitación sea uno de los primeros pasos antes de comenzar con el trabajo de los Grupos Territoriales, pues es fundamental para generar buena gestión de Programas de Salud y para guiar a los equipos externos al SSMSO que también se vean involucrados.

### **III.4.3.2 NIVEL SUPERIOR**

#### 1. Política

En una de las sesiones de CIRA de 2014, se conversó de las funciones principales que deben tener los Grupos Territoriales, ante lo que se formuló una lista con 6 funciones básicas que deben cumplir.

- Recopilar y analizar información de temas relevantes de cada Subred
- Analizar las fortalezas y nudos críticos de la gestión de salud de cada territorio
- Proponer e implementar acciones de mejoras en áreas debilitadas y/o críticas, articulando con el Consejo Técnico de la SDGA
- Supervisar y apoyar en terreno a los equipos locales para seguimiento de mejoras propuestas
- Monitorear las intervenciones implementadas por los Departamentos, Unidades y/o Subdirecciones, desde una mirada integrada de la Subred
- Retroalimentar al SDGA y su consejo técnico, respecto al funcionamiento de la Subred, las propuestas de intervención y el resultado de estas

Esa declaración, sumado a las consignas descritas por Tobar , permiten generar la siguiente propuesta de principios, lineamientos básicos de intervención y propósitos a lograr:

#### Principios:

- La Gestión Territorial permite la transformación social, pues desde el conocimiento cercano de la comunidad, se proponen mejoras a nivel local que luego llevan a grandes transformaciones innovadoras para la sociedad.
- Los usuarios de la salud de la red deben ser tratados de igual forma a pesar de sus particularidades. Esto significa que no importa de que Subred o comuna sea el usuario de salud, este merece tener las mismas oportunidades de atención en salud que cualquier otro usuario.
- Lograr excelencia en calidad de atención sanitaria.
- La Red cohesionada funciona mejor que una Red fragmentada, pues al haber mayor conocimiento y comunicación, es posible tratar al paciente y a su familia en su totalidad.
- Integrar al intersector permite ofrecer mejor calidad de servicio, pues los usuarios de salud son entes complejos que interactúan

con la comunidad a través de las distintas organizaciones e instituciones del intersector, por lo tanto incluir estos otros ámbitos de la vida del usuario, generan mayor conocimiento del mismo y llegar de una manera más cercana a él.

- Los integrantes de los Grupos Territoriales, así como sus Coordinadores, deben ser funcionarios convencidos de la utilidad del enfoque territorial y ser promotores de la correcta Gestión Territorial. Es necesario que sean profesionales que conocen sobre la situación de salud de los territorios, que conocen la realidad de otros ámbitos del territorio (como nivel de pobreza, existencia de instituciones del intersector, realidad educacional, entre otras), y que sean capaces de gestionar la coordinación de los programas entre todos los actores involucrados.

Lineamientos básicos de la intervención:

- Se trabajará en tres Grupos Territoriales según las Subredes existentes: Cordillera, La Florida y Santa Rosa.
- Los Grupos Territoriales deben ser lo más parecidos en cuanto a cantidad de integrantes y capacidades técnicas (conocimiento en salud).
- Los Coordinadores de los Grupos Territoriales deben tener capacidades de liderazgo y conocimiento técnico suficiente para coordinar al equipo y a los actores externos, y para generar espacios reflexivos sobre los temas de salud a tratar según la realidad de los territorios.
- Los grupos territoriales buscan coordinar a la Red de Salud, integrar a actores que actualmente no participan en las conversaciones sobre temas de salud que permitan gestionar los programas de salud y generar reflexión sobre la realidad sanitaria de los territorios para generar intervenciones en conjunto con la Red.

Propósitos:

- Lograr una Red de Salud más conectada
- Mejorar la atención de salud en la Red
- Disminuir las brechas de salud entre los diferentes usuarios de la Red

## 2. Estrategia General

Se propone como objetivo general de la intervención lo siguiente:

“Favorecer el desarrollo y funcionamiento coordinado e integrado de las Redes Territoriales del SSMSO a través del rediseño de sus procesos y el uso

de recursos, con el propósito de mejorar la atención de salud y contribuir a disminuir la desigualdad en salud presente”

Además de ser un objetivo que permita lograr los propósitos, es importante destacar que este objetivo se alinea con la misión y visión de la SDGA y del Servicio de Salud, lo que es fundamental para el desarrollo de esta innovación en la organización pues permite acercarse a las metas de satisfacción y calidad en la atención de salud.

### **III.4.3.3 NIVEL INTERMEDIO**

#### **1. Replanteo del territorio-intervención según los objetivos generales**

Como se mencionó anteriormente en la delimitación del territorio, se espera que con el trabajo de los Grupos Territoriales se puedan identificar sub territorios dentro de los territorios ya existentes que permitan alcanzar un diagnóstico más específico de la población, en específico, de los usuarios de salud.

Para esto, se espera que en las reuniones de Grupos Territoriales, y contando con el diagnóstico de salud actualizado de los territorios, se abra el espacio para reflexionar si es necesario replantear los territorios sobre los que se pretende intervenir debido a temas específicos de salud. Se debe considerar la población a intervenir, el lugar de residencia de estos usuarios, la capacidad sanitaria instalada en los territorios y la ayuda que pueda obtenerse del resto de la Red, para llegar a un acuerdo final del territorio intervención.

#### **2. Confección de un nuevo mapa sistémico, según objetivo**

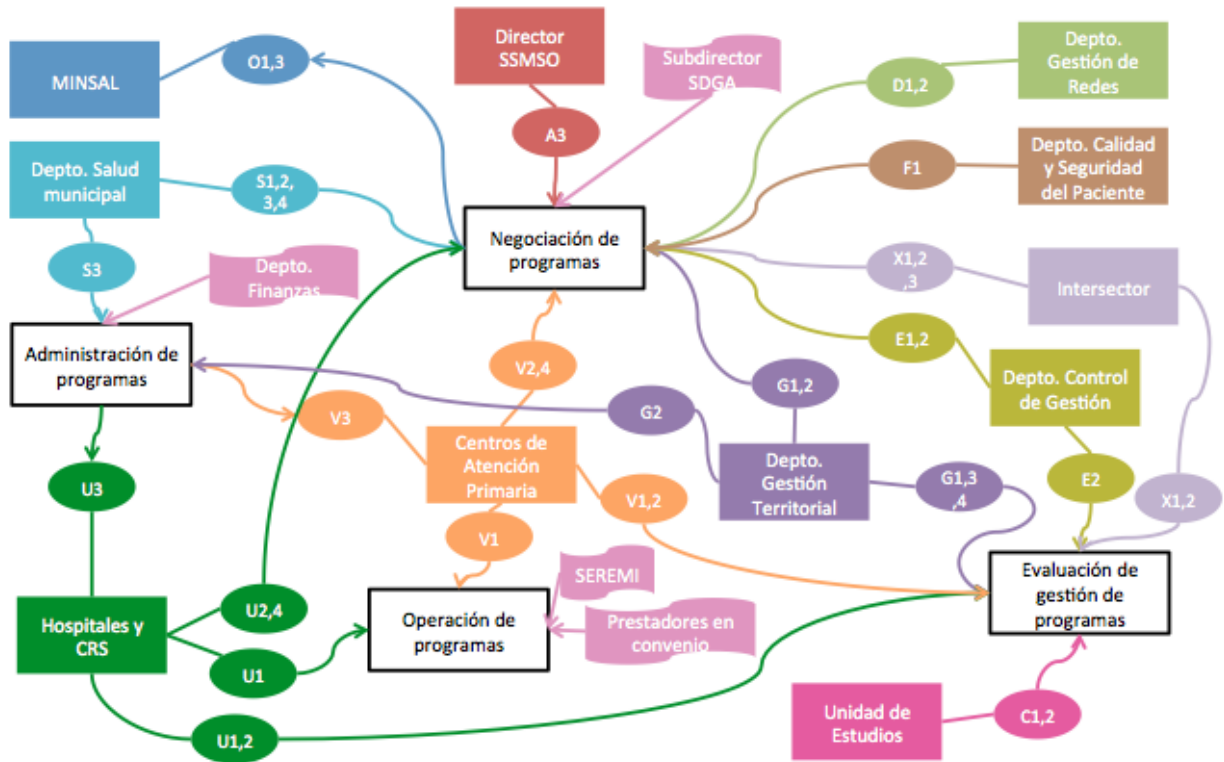
De manera genérica se plantea un nuevo mapa sistémico según el objetivo general de la intervención a través de Grupos Territoriales. Sin embargo, se considera necesario que al generar cada plan de intervención para la gestión de los programas de salud, se revise este mapa y se confeccione un mapa sistémico específico. El nuevo mapa se muestra en la Ilustración 11.

Se agrega a la descripción del mapa sistémico actual la existencia del Departamento de Gestión Territorial (G), que contaría con los siguientes atributos:

- (G1)Capacidad técnica
- (G2)Capacidad administrativa de recursos para Centros de Atención Primaria

- (G3) Capacidad analítica de la información estadística obtenida
- (G4) Visión integrada de los temas territoriales
- (G5) Capacidad de coordinación de la Red

**Ilustración 11: Mapa Sistémico Nueva Situación de Programas de Salud SSMSO**



Fuente: Elaboración propia

### 3. Formulación de los objetivos focales o específicos, planificación estratégica, organización y control

Se proponen los siguientes objetivos específicos

- Generar estandarización de procesos para el trabajo de Gestión Territorial en el SSMSO
- Mejorar la organización de recursos en la Red
- Lograr atención garantizada y continua

Estos objetivos específicos son en base al objetivo general planteado anteriormente. De todas formas, se espera que con el avance del trabajo territorial en el SSMSO, se puedan ir redefiniendo estos objetivos y

además se generen otros más detallados para cada intervención en la gestión de los programas.

Para cumplir los objetivos específicos se necesitará:

- Diseñar procesos de intervención territorial en programas de salud, diferenciando las siguientes etapas:
  - Generación de diagnóstico actualizado de situación sanitaria del territorio
  - Negociación de programas
  - Administración de programas
  - Generación de planes de intervención para programas
  - Evaluación y control de gestión de programas
  
- Mantener reuniones periódicas donde se abra el espacio analítico sobre el uso de recursos en la Red, para lo que se necesitará contar con información estadística de la situación de atención en los diferentes Servicios. Se espera que las reuniones incluyan a todos los actores relevantes de la Red y que sean dirigidas por los Coordinadores Territoriales.
  
- Incluir en el diagnóstico territorial la situación de atención de usuarios en los diferentes servicios para incluir en los planes de intervención, acciones que permitan mejorarla. La revisión del diagnóstico debe hacerse de forma periódica e incluir el análisis tanto de los Grupos Territoriales como de los mismos Servicios de Atención de Salud.

#### 4. Análisis integrado horizontal

Para alcanzar los objetivos específicos, uno de los requisitos más relevantes es contar con reuniones y conversaciones periódicas entre los distintos actores relevantes de la Red. Esto permitirá fluidez en la comunicación y por ende en el conocimiento de la situación sanitaria actual dentro de los territorios.

Se considera que estas reuniones pueden llevarse a cabo en las mismas instancias, como por ejemplo, el análisis del diagnóstico y parte de la generación de planes de intervención pueden realizarse en las reuniones de Grupos Territoriales, así como las reuniones que incluyan a los Departamentos de Salud municipales, Servicios de Atención de Salud (de todos los niveles), intersector y equipo del SSMSO, permitirán el espacio para seguir analizando la situación actual y generar nuevas propuestas para los planes de intervención.



Para cada plan de intervención para los programas, el Grupo Territorial debe hacer un análisis previo de las sinergias dentro de la Red que permitan realizar acciones más eficientes.

#### 5. Análisis integrado vertical:

En primera instancia se considera que tanto los propósitos como objetivos generales y específicos son coherentes y relacionados entre ellos. Pero en este punto del trabajo territorial, cuando todavía no se aplican estas propuestas, este análisis carece de validez pues los propósitos y objetivos deben ser validados o modificados por todos los actores relevantes de la Red y en conjunto hacer el análisis.

### **III.4.3.4 NIVEL BASAL**

Como primera etapa del trabajo territorial para generar planes de intervención, se espera cumplir los siguientes objetivos:

- Definir la estrategia general y específica de la intervención territorial dentro del SSMSO. Para lo anterior se espera que primero se reúna la cúpula del Servicio y genere una primera propuesta, que luego será transmitida a los funcionarios en forma de cascada, donde cada Jefe de Subdirección, Departamento y Unidad se reúna con sus subordinados, para analizar la estrategia y generar propuestas. Una vez realizado un consenso interno dentro del SSMSO, los Coordinadores Territoriales deberán reunirse con encargados de los Departamentos de Salud municipales, equipos de Centros de Atención Primaria, hospitales y CRS, además del intersector, para recoger nuevas propuestas y con ellas modificar las estrategias para obtener un diseño final, el que siempre estará abierto a cambios debido a la constante retroalimentación.
- Redefinir los equipos de los Grupos Territoriales. Esto pues debe hacerse un análisis fundado en las capacidades de los integrantes para generar grupos equitativos y además dejar liderando a las personas más capacitadas. En caso que se decida mantener a los Coordinadores actuales, entonces se espera generar una capacitación interna para mejorar sus habilidades de liderazgo.
- Generar un primer diagnóstico de cada territorio, donde la Unidad de Estudios sea la encargada de entregar la información estadística, y los Referentes Técnicos la información de los procesos y la gestión actual. Luego, en reuniones por Grupos

Territoriales, se realizará el análisis de este diagnóstico. Como resultado, se espera obtener un listado de temas sobre los que intervenir dentro de los programas de salud.

Más adelante, al generar planes de intervención para los programas de la Red, cada Grupo Territorial debe definir el diseño táctico para cada plan.

### **III.4.3.5 NIVEL OPERATIVO**

Esquema organizacional

Es el presentado en la sección III.4.4 Delimitación del territorio, parte 2. Dimensión relacional.

Soporte financiero

Actualmente la asignación de recursos a los Centros de Atención Primaria se hace en base a los resultados anuales del período anterior recogidos a través de estadísticas donde los resultados esperados son definidos en base al comportamiento histórico sin tomar en cuenta la contingencia y situación actual de los centros. Además, que los recursos financieros pasan por el Departamento de Salud municipal pues los centros son de administración municipal, por lo que la opinión y diagnóstico de los centros pasa por el filtro municipal y luego por el del SSMSO, restando cercanía y probablemente veracidad al momento de generar el análisis de desempeño.

Para corregir esto, se propone que al momento de definir los resultados esperados, se genere un acuerdo entre propuestas del equipo del centro y el equipo territorial del SSMSO, donde se debe discutir las opciones reales que tiene cada centro y monitorear de manera constante el desempeño para obtener datos más detallados de la gestión por centro, y no solo un conjunto de números a fin de año. Así, al asignar los recursos para el siguiente año, la información con la que se cuente será más real y estará basada en un diagnóstico cercano.

Infraestructura y equipamiento

La gestión de los recursos en hospitales, CRS y Centros de Atención Primaria no está en manos del equipo del SSMSO, por lo que para monitorear su uso, se espera que el equipo territorial esté constantemente en contacto con los distintos Servicios para observar la situación y poder asesorar a sus Directores en la toma de decisión para disminuir la oferta ociosa en caso de que exista, o para mejorar la cobertura de la demanda.

## **III.4.4 DISEÑO DE LA ESTRATEGIA**

### **III.4.4.1 ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN**

Como Waissbluth menciona, en este caso se considera necesario contar con una mezcla de estrategias. En primer lugar, crear el nuevo Departamento de Gestión Territorial es un cambio que debe ser generado de manera rápida, por lo que se estaría usando una estrategia “rápida y sucia”, pero por otro lado, el proceso de trabajo, que incluya quizás la capacitación de los integrantes de los grupos territoriales, la aceptación de la nueva forma de trabajo de parte no solo del equipo del SSMSO, si no que de toda la red, y la inclusión de *softwares* para el análisis geo estadístico, requiere de una estrategia “lenta y limpia”

Por otra parte, la creación de la estrategia en este caso debe ser *bottom up*, pues se recogerá la opinión de los funcionarios del equipo del SSMSO y de los equipos externos (Servicios de atención de salud, municipios e intersector), donde los directivos del Servicio liderarán el trabajo pero siempre de forma participativa.

### **III.4.4.2 DISEÑO DE PROCESOS**

A continuación se describen los procesos del trabajo que se pretende alcanzar con la implementación de los grupos territoriales:

1. Definición Estratégica de la implementación de gestión territorial (Ilustración 12)

La cúpula del Servicio se reunirá en una primera instancia para definir los lineamientos básicos de la estrategia, luego será compartida a un Comité de Gestión Territorial (que incluya a aquellos funcionarios que están más convencidos del cambio y así mismo sean después promotores del cambio en sus respectivos Departamentos y apoyen a sus Jefes en la difusión de la estrategia). El Comité hará observaciones a la propuesta para su posterior modificación en caso que sea necesario.

Después, la propuesta será compartida por los Subdirectores a los Jefes de Departamento y Unidades dentro de sus Subdirecciones, y el Director lo compartirá a las Unidades y Departamentos independientes.

Tras estas reuniones, cada Jefe de Unidad o Departamento, se reunirá con su equipo para plantear la estrategia definida por la cúpula y generarán propuestas de cambios. Luego, nuevamente se reunirán los Jefes con sus Subdirectores, donde plantearán las propuestas acordadas y estos a su vez se reunirán junto al Director para incluir estas propuestas y generar una nueva versión de la estrategia, que será compartida a todos los funcionarios del Servicio para generar una segunda ronda de propuestas de la que se creará el diseño final, que siempre deberá estar abierto a cambios.

Con el diseño final, y cuando los Grupos Territoriales estén definidos (en caso que se haga algún cambio), los Coordinadores Territoriales compartirán la estrategia con los actores externos al SSMSO de la Red y recogerán propuestas que tras el análisis de la cúpula en conjunto con ellos, podrán ser incorporadas.

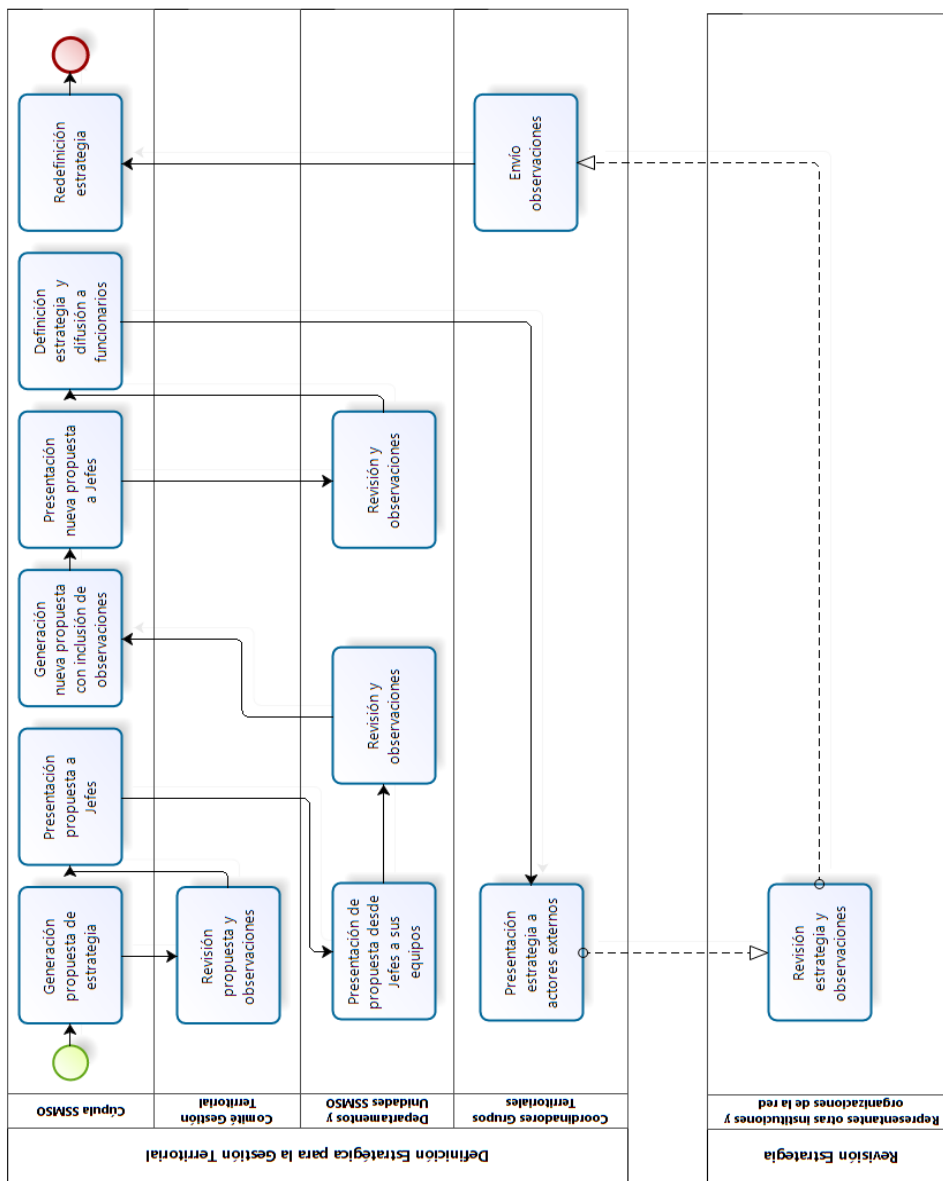
Esto no requerirá de un presupuesto extra, pues se hará en jornadas dentro del horario de trabajo y con los recursos existentes.

## 2. Redefinición de los Grupos Territoriales

La cúpula del Servicio en conjunto con la Unidad de Desarrollo Organizacional e Incorporaciones, deberá crear perfil de cargos para los Coordinadores de Grupos Territoriales y analizar si los funcionarios actualmente en el cargo son los más idóneos o habrá que abrir un concurso interno o externo.

En caso de abrir un concurso interno o externo, el presupuesto deberá incluir los recursos utilizados para la publicación de la apertura del cargo y dependiendo de la demanda, la contratación de profesionales que evalúen a los aspirantes.

**Ilustración 12: Definición Estratégica**



Fuente: Elaboración propia

Quando el trabajo territorial comience:

- Mantener un diagnóstico de salud actualizado (Ilustración 13) : Esto se refiere a mantener con cierta periodicidad (definir cuál será ese período) un sistema de información relevante para la actividad de los Grupos Territoriales. Para contar con la totalidad de la información, los proveedores de ella serán; Unidad de Estudios, Departamento de Atención Primaria (pueden manejar información que no llega al SSMSO) y el Departamento de Control de Gestión (medirán los

resultados de la gestión territorial). Habrá un set de datos que será recabado todos los meses para el análisis posterior, pero tomando en cuenta las contingencias o la necesidad de saber otros datos, estos serán pedidos de manera extraordinaria a la Unidad o Departamento correspondiente.

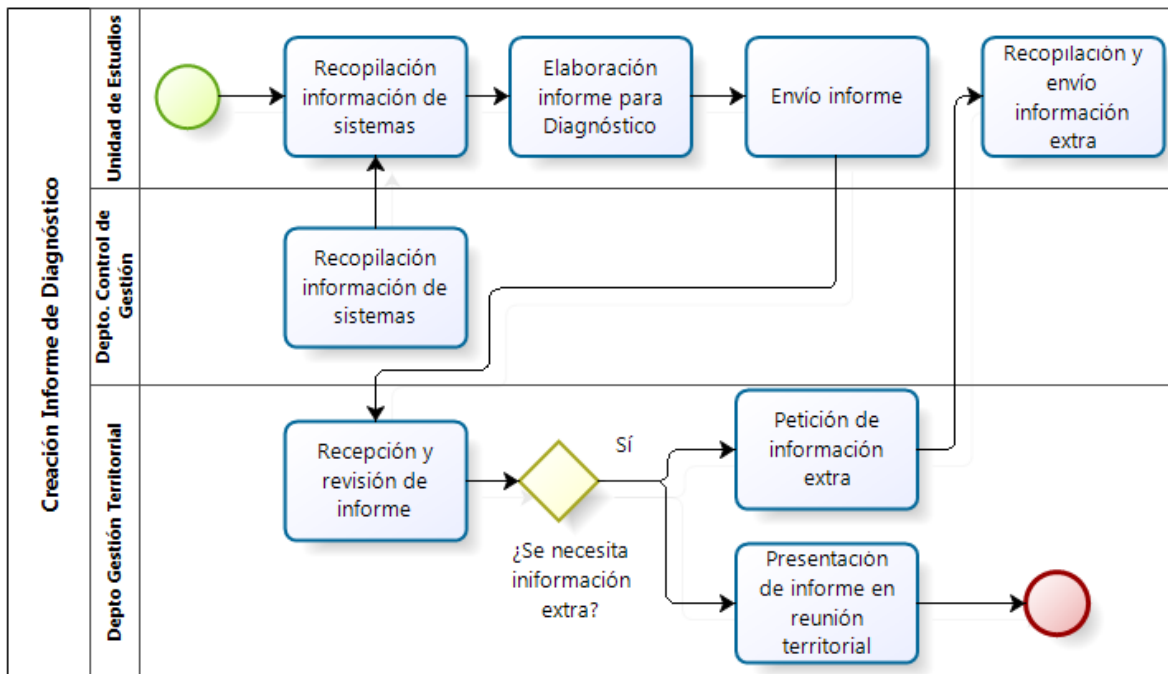
La información ingresada por los equipos de los Servicios de Atención de Salud a los sistemas de monitoreo, como el sistema SIDRA, será recopilada por la Unidad de Estudios y el Departamento de Control de Gestión, para generar un informe periódico que será revisado por los grupos territoriales para su posterior análisis.

El Informe para el Diagnóstico debe contar con información actualizada por territorio del desempeño de los Servicios de Atención de Salud y del estado sanitario de la población, así como algún otro tema relevante que podría afectar este estado. Como los territorios actualmente se dividen en comunas, es favorable contar con la información desagregada, al menos, por comunas.

4. Realizar análisis de la información obtenida (Ilustración 14) : Cada equipo territorial tendrá reuniones en las cuáles tratarán los temas de interés y necesidad según sus comunas. Antes de estas reuniones, la información acerca del desempeño y gestión de los centros de salud y hospitales será entregada al Coordinador de Grupo, quién la pondrá a disposición del resto del equipo para generar la discusión pertinente.

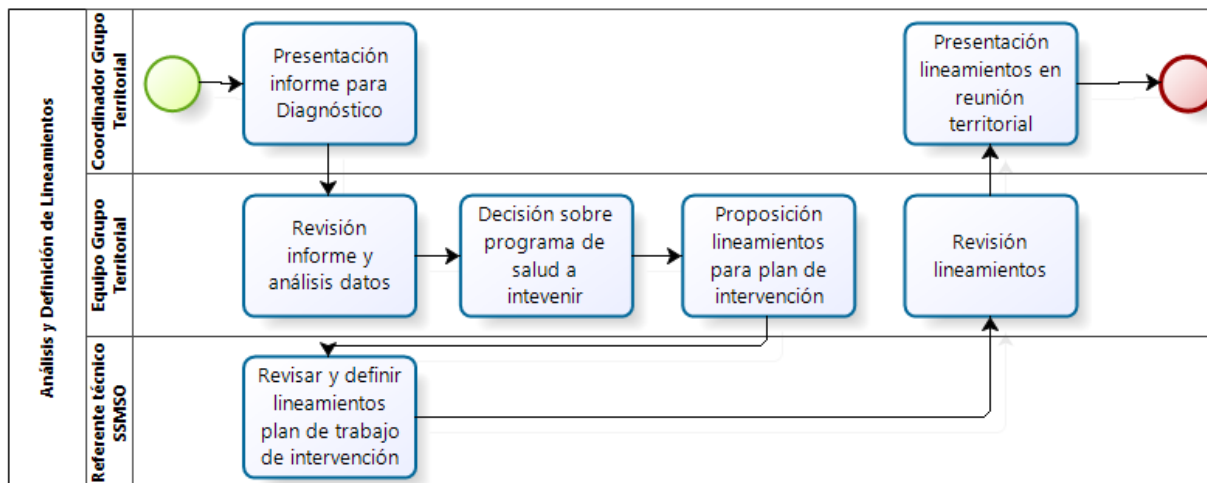
Tras el análisis de la información se espera detectar cuáles son los temas relevantes del territorio sobre los que se pueda intervenir para obtener mejores resultados sanitarios, por lo tanto se tomará la decisión sobre qué programa de salud se puede realizar una intervención, generando el plan de trabajo pertinente. Esta será una propuesta de plan de trabajo que contenga lineamientos para la intervención, en su creación participará el grupo territorial así como el Referente Técnico del programa específico, pertenezca o no al Grupo.

**Ilustración 13: Generación Informe para Diagnóstico**



Fuente: Elaboración propia

**Ilustración 14: Definición Lineamientos para Plan de Intervención**



Fuente: Elaboración propia

5. Elaborar planes de intervención consensuados (Ilustración 15): Con la propuesta de plan de trabajo, se dará lugar a una instancia donde estén presentes representantes del equipo del SSMSO (Coordinadores Territoriales y Referentes Técnicos), de equipos de Servicios de Atención de Salud de los tres niveles (uno o dos por Servicio), de Departamentos de Salud municipales (uno o dos) e intersector según sea el caso (un representante por cada institución, ONG, comunidad, etc.). Esta instancia será nombrada como reunión territorial.

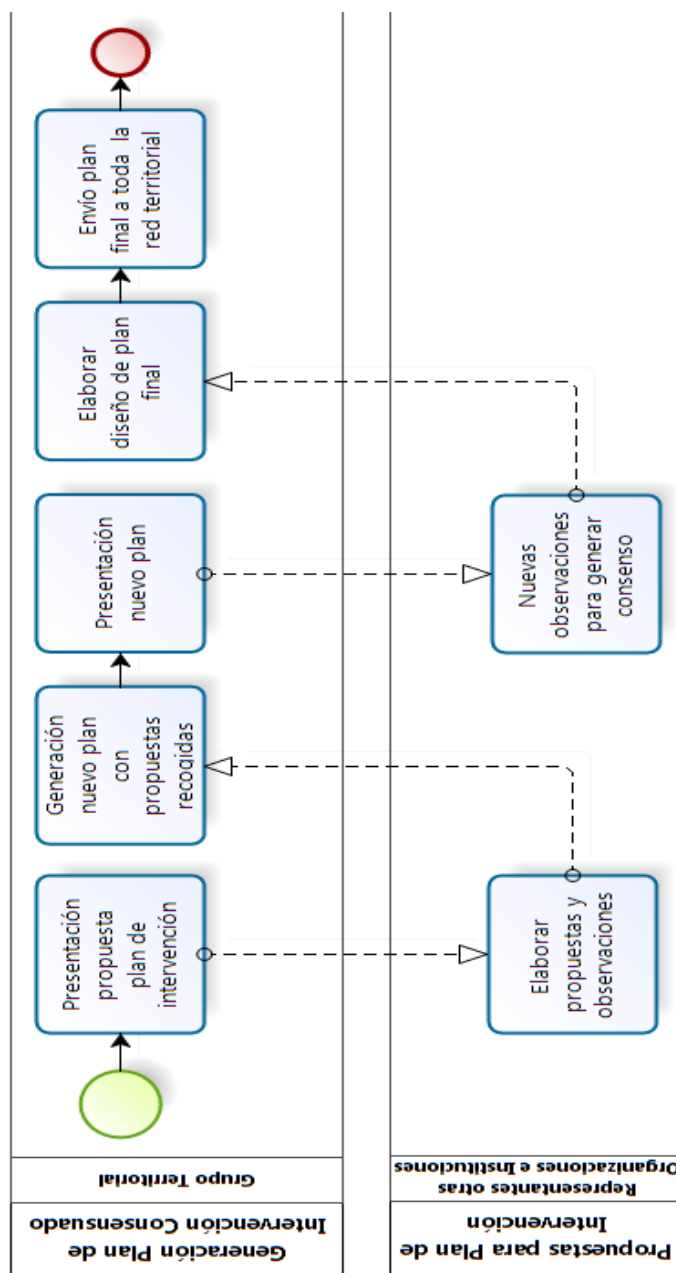
En esta instancia se buscará generar una conversación con todos los sectores interesados o involucrados, para que en conjunto se cree un plan de trabajo que tome en cuenta las necesidades y opiniones de todos. De esta forma, se logra un cambio respecto a la forma de trabajo previa, pues la gestión de salud del SSMSO se acerca más a la realidad de los usuarios y de los prestadores de salud, pudiendo tomar acciones coherentes a esta misma y que a la vez sean efectivas.

Una vez recogidas las observaciones y propuestas, el Grupo Territorial deberá generar un nuevo plan de trabajo para la intervención, que será nuevamente presentado en otra reunión territorial para lograr el consenso final.

Se comprende la dificultad de coordinar a todos estos actores, por lo que desde el Departamento de Gestión Territorial se debe generar una estrategia de difusión y motivación que apunte a la asistencia total a las reuniones. Tomando elementos de los casos de Gestión Territorial revisados en la sección III.1 Revisión Casos Existentes, se propone que la sede de reunión vaya cambiando, dando la opción de llevarse a cabo en las instalaciones de cada Servicio o institución involucrada. También, se propone que la convocatoria no se haga solo vía mail, sino que en los casos que se observe necesario para obtener la confirmación, sea vía teléfono o presencial si es que se puede.



**Ilustración 15: Plan Consensuado**

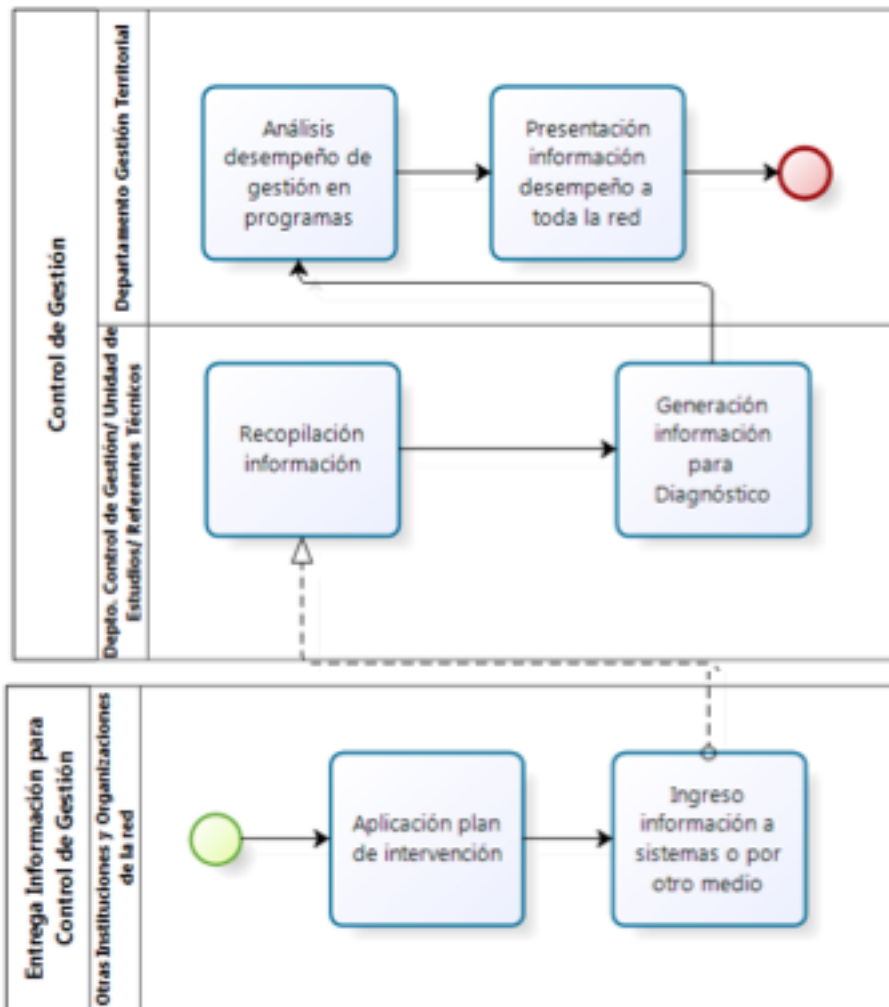


Fuente: Elaboración propia

6. Revisar y realizar control de gestión (Ilustración 16) : Ya aplicado el plan de trabajo por parte de las instituciones de salud, el intersector y el SSMSO, se procederá a realizar control de gestión para detectar el impacto de las intervenciones y corregir aquello que sea necesario.

Se pedirá que las instituciones suban la información necesaria sobre la gestión a las plataformas de control (el grupo territorial debe determinar cuáles son las adecuadas) y enviar otra información extra a los Referentes Técnicos de los programas. Los Referentes Técnicos realizarán un análisis en función de los resultados obtenidos por las instituciones y el Departamento de Control de Gestión y la Unidad de Estudios recopilarán la información proveniente de las plataformas para generar el informe periódico. La información analizada y recopilada será enviada a los coordinadores de territorios para el posterior análisis en las reuniones de Grupos Territoriales.

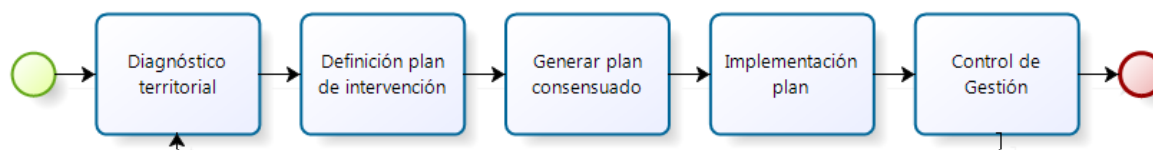
**Ilustración 16: Control de Gestión de Programas**



Fuente: Elaboración propia

Esto es un procedimiento de manera general para el cumplimiento de los programas establecidos por el MINSAL y además para el trabajo determinado por el SSMSO. En la Ilustración 17 se muestra la secuencia resumida de los pasos anteriores.

**Ilustración 17: Proceso Gestión Territorial**



Fuente: Elaboración propia

# Capítulo IV: CONCLUSIONES

## IV.1 CONCLUSIONES SOBRE GESTIÓN TERRITORIAL

Este trabajo de título fue realizado de manera independiente sobre el proceso de implementación de Gestión Territorial en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, con el apoyo del equipo del Servicio para realizar el levantamiento de información y generar propuestas coherentes con su realidad y expectativas.

Respecto a la implementación de Gestión Territorial, se concluye que es una metodología de gestión que genera alto valor en la gestión pública, pues se basa en el acercamiento a la comunidad y en el empoderamiento de la misma para generar propuestas de desarrollo propio. Es una forma de dirigir el trabajo en instituciones y organizaciones que tiene como objetivo generar un impacto útil para la población, ya que se ocupa de las necesidades reales y específicas de los territorios.

Además, para el caso de la salud, esta forma de gestión permite comprender la situación sanitaria específica de un territorio que probablemente tenga relación con la calidad de vida de ese territorio, y que será distinta de otro, pues los recursos son distintos, la administración, la realidad social, natural, educacional, etc. Por eso, la forma actual de gestionar los programas de salud no es la más conveniente pues se basa en números promedios de sectores, regiones o nacionales que no son realmente representativos de los territorios. Los promedios esconden la desviación y las inequidades en la entrega de la salud, por lo que se hace necesario que los Servicios locales puedan implementar de manera local lo que se ha programado a nivel nacional, adaptándolo a las necesidades y realidades de la población y de las instituciones dentro de territorio. Así mismo, al trabajar de manera local, es posible levantar información que permita generar mejoras específicas para ese lugar y que luego pueden generar innovaciones programáticas a nivel social (nacional).

Para el caso de Chile (y de otros países latinoamericanos), la Gestión Territorial permite acercar los distintos niveles de la administración de salud cuando esta se organiza en redes asistenciales, pues uno de los problemas recurrentes de este sistema es la fragmentación de la red, donde no hay comunicación y cohesión entre los niveles de atención de salud, habiendo falta de coordinación visible en las fallas de referencia y contra referencia de los pacientes, largas listas de espera, capacidad instalada ociosa en algunos casos y sobre utilización de recursos en otros. Esta forma de gestión exige la

participación de los distintos actores de la red como proceso para alcanzar la realidad territorial dentro de la cadena jerárquica desde el Ministerio hasta los Servicios de Salud.

## **IV.2 CONCLUSIONES SOBRE IMPLEMENTACIÓN DE GESTIÓN TERRITORIAL EN SSMSO**

Tras haber realizado una evaluación de la Gestión del Cambio, se concluye que la implementación de Grupos Territoriales dentro de la SDGA en el SSMSO fue una estrategia "rápida y sucia" que no fue bien preparada y con mucha deficiencia comunicacional hacia el equipo del Servicio. Por lo anterior es que desde la creación de los Grupos Territoriales ha transcurrido más de un año donde no se han obtenido los resultados esperados y más bien se han obtenido problemas.

El promotor del cambio, el Director del Servicio, es un profesional con mucha experiencia en la gestión pública de salud, que ha pasado por diferentes instituciones y que su misma trayectoria se condice con su convicción de transformar el sistema de salud para lograr resultados de valor para la población. Sin embargo, no todo el equipo del SSMSO cuenta con esta misma visión, y una parte importante de los funcionarios son personas que llevan bastante tiempo en el mismo cargo o dentro del mismo Servicio, lo que ha generado en ellos un arraigo a la cultura organizacional tradicional de la salud pública que es más bien resistente a los cambios, pues hasta ahora funcionando de la misma manera han logrado resultados aceptables o destacables desde la visión del MINSAL (que se caracteriza por ser una institución más bien rígida y tradicional). Estas diferencias han generado que la gestión de los Grupos Territoriales no haya tenido éxito hasta ahora y que la discusión sobre el "cómo hacerlo" todavía no llegue a una respuesta.

El Director, al tener la facultad de implementar cambios organizacionales según su propia aceptación, no generó la preparación previa a la implementación de grupos territoriales dentro del resto del equipo, generando mayor rechazo por la sensación de imposición y falta de información.

Respecto a la conformación de los Equipos Territoriales, se observó que los integrantes escogieron a qué Equipo pertenecer, según afinidad entre ellos, y los Coordinadores fueron designados por el Director del Servicio. Existen grupos de funcionarios afines entre ellos que esta misma cercanía se observa en que están a favor del cambio y son más flexibles en su trabajo. Por otro lado, hay grupos de funcionarios que se reúnen en el mismo Grupo Territorial por afinidad, y que son más bien reacios a los cambios. Lo anterior es una de

las causas de las diferencias de avance entre los Grupos Territoriales, pues a pesar que todos están en un nivel de avance de trabajo muy básico, hay Grupos Territoriales donde las reuniones ni siquiera se logran llevar a cabo o donde la mayoría del equipo no asiste. Además, la capacidad de liderazgo de los Coordinadores no es igual, y se observa que hay algunos que no logran transmitir la necesidad de reunirse y de convencer a su equipo de la importancia de este trabajo, mientras otros parecen lograrlo de manera más fácil y con más éxito. Por esto es que se sugiere analizar nuevamente la formación de los equipos, para equilibrar un poco más las capacidades y convicciones, y para dejar a la cabeza a personas que logren motivar al equipo y no le teman a la reacción de sus compañeros.

Se concluye que este trabajo de gestión será particularmente difícil debido a las características diversas de la población adherida a la Red de Salud, ya que las Subredes son diferentes entre ellas y además las comunas dentro de las redes tienen realidades diferentes. Sumado a lo anterior, dos de las comunas de la red, Puente Alto y La Florida, son las más pobladas del país, por lo que la complejidad en la atención es grande, hay un alto número de centros de Atención Primaria que coordinar y de instituciones del intersector.

Una de las principales falencias de la Red es la falta de comunicación entre Centros de Atención Primaria y hospitales y CRS, pues a pesar que es necesaria para lograr la anhelada integración propuesta en la metodología RISS de la OPS/OMS que el MINSAL tiene dentro de los objetivos nacionales, las prácticas actuales y tradicionalistas del SSMSO respecto a la implementación de programas de salud no lo contempla. Por eso es que dentro de las propuestas de diseño, una de las actividades más importantes es la reunión de la Red para recoger la opinión y los comentarios de todos los actores, donde los equipos del nivel de atención primaria, secundaria y terciaria podrán generar consensos para la gestión de los programas, tomando en cuenta las capacidades de cada Servicio.

Este trabajo de título genera propuestas de métodos y prácticas que permitan seguir avanzando con la implementación de Grupos Territoriales en el SSMSO, tomando en cuenta lo que ya ha pasado y buscando la forma de sobrellevar esos problemas. Así, se concluye que la implementación de esta gestión requerirá de más involucramiento de la cúpula del Servicio, de las otras Subdirecciones, de poner a las personas más adecuadas en el liderazgo y sobretodo, de más comunicación dentro del equipo, para acelerar el trabajo y sus resultados y escuchar la opinión de todos.

## **IV.3 CONCLUSIONES SOBRE IMPLEMENTACIÓN DE GESTIÓN TERRITORIAL EN OTROS SERVICIOS DE SALUD EN CHILE**

Se puede concluir que la Gestión Territorial es una metodología de gestión que podría tener éxito en el Sistema de Salud Pública del país pues persigue objetivos coherentes con las metas sanitarias propuestas por el MINSAL, como lo son obtener Redes integradas de salud, lograr el correcto funcionamiento y resultados a partir del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, optimizar la resolutivez de los distintos niveles de atención, programación médica en red, difusión de usos y prestaciones de la Red Asistencial con enfoque comunitario, pertinencia local y sociocultural para los miembros de la Red y su comunidad, entre otros.

Una de las mayores dificultades ante la implementación de esta forma de gestión, es la aprobación de parte del MINSAL, lo que requiere trabajo de parte de los Servicios de Salud, para presentar estos proyectos enfocado en el impacto sanitario que lograría en los territorios, y por ende en la salud nacional. Es necesario comprender que la falta de flexibilidad que se observa de parte del Ministerio no es imposible de vencer, y que si se genera coherencia entre los objetivos nacionales para promover la mejora en la salud pública y los objetivos de esta implementación, sí se podría obtener un cambio en el sistema público. Claramente esto requeriría la cohesión de los Servicios de Salud a nivel nacional, un trabajo bastante grande para difundir los beneficios de la Gestión Territorial y que requeriría tener a la cabeza a personas convencidas y líderes en el sector.

Se debe recalcar que la Gestión Territorial no es un cambio radical para el accionar de los Servicios de Salud Pública ni del Ministerio, es más bien una nueva visión y organización del trabajo que sigue la línea de mejora de la gestión de las Redes Asistenciales.

Otra dificultad para la implementación de la Gestión Territorial, es la necesidad de contar con promotores del cambio que no sean necesariamente los Directores, pues hay un tema político importante de por medio en el nombramiento de este cargo, que tiene que ver con el gobierno de turno, y que es bastante proclive a cambiar. Por lo tanto, para asegurar la sostenibilidad del cambio, es necesario insertar en la cultura de la organización, la valoración de la gestión territorial como herramienta para lograr una mejor salud pública.

## Capítulo V: BIBLIOGRAFÍA

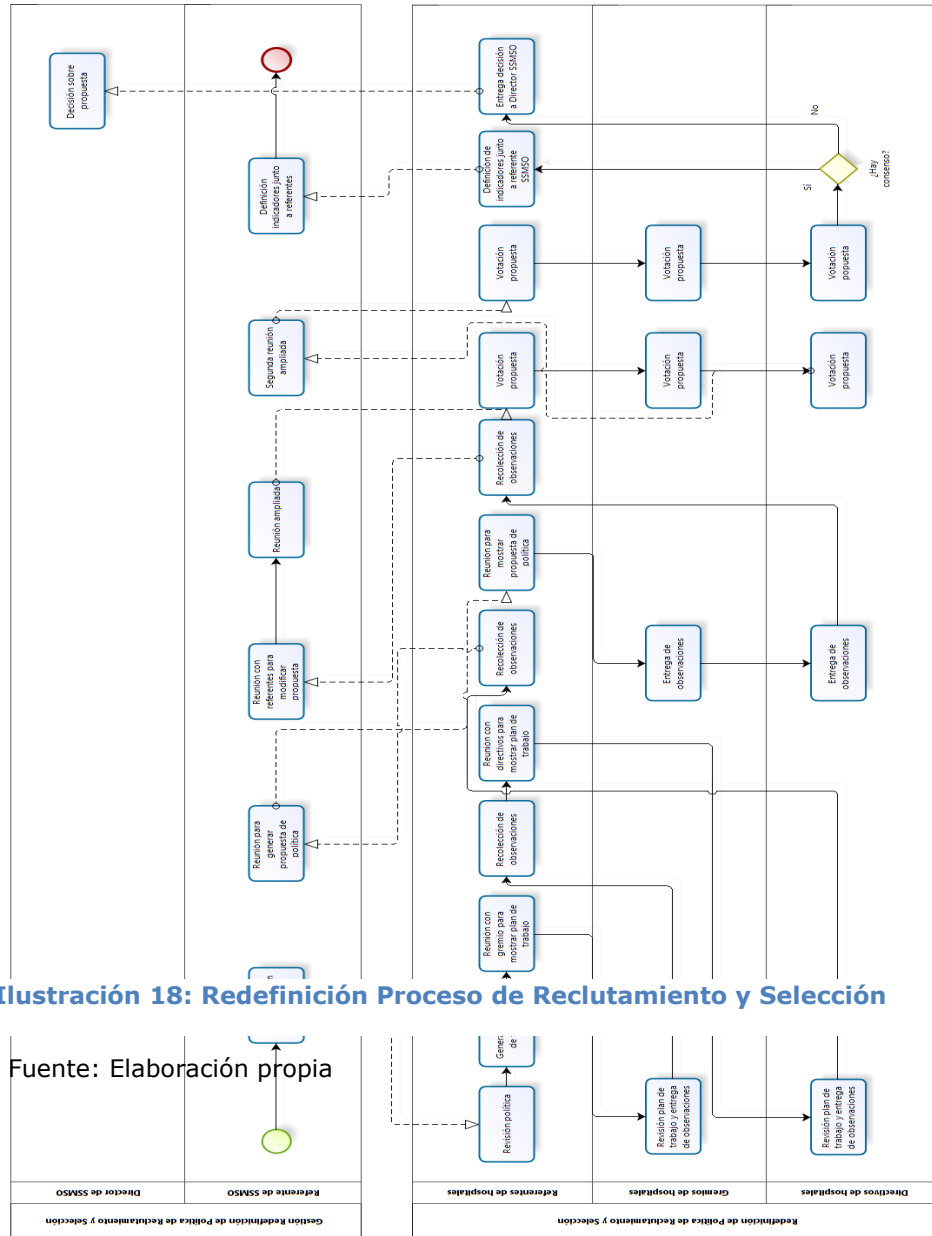
1. Ríos, S. y Jiménez A., Apuntes curso "Diseño de Procesos de Negocios", Primavera 2013.
2. González Fuenzalida, Luis. 2011. "Gestión del Territorio: un método para la intervención territorial". [en línea]. Revista electrónica <<http://www.uchile.cl/publicaciones/77582/gestion-del-territorio-un-metodo-para-la-intervencion-territorial>> [consulta: 04 junio 2015].
3. Waissbluth, Mario. 2008. "Gestión del Cambio en el Sector Público". [en línea]. <[http://www.mariowaissbluth.com/descargas/gestion\\_del\\_cambio.pdf](http://www.mariowaissbluth.com/descargas/gestion_del_cambio.pdf)> [consulta: 10 agosto 2015].
4. Barros, O. 1995. "Reingeniería de Procesos de Negocios: Un Planteamiento Metodológico", 2a edición. Dolmen.
5. Amigo, F. Marzo 2014. "Rediseño de los procesos involucrados en el uso y registro de medicamentos para una unidad de paciente crítico pediátrica". [en línea]. <<http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/116153>> [consulta: 28 abril 2014].
6. Márquez, M. Marzo 2013. "Estudio exploratorio de buenas prácticas en la gestión de centros de salud familiar". [en línea]. <<http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/113504>> [consulta: 15 octubre 2014].
7. Contraloría General de la República. Publicación 30-10-2008. Resolución N°1600 "Fija Normas sobre Exención del Trámite de Toma de Razón". [en línea] <<http://www.contraloria.cl/NewPortal2/portal2/ShowProperty/BEA%20Repository/portalCGR/CGRTransparente/marco/resoluciones/RESOLUCION%20N1600>> [consulta: 15 julio 2015].
8. Gottmann, J. 1973. "The significance of territory". The University Press of Virginia, Charlottesville/United States of America, pp. 169.
9. Schenider, Sergio y Peyré Tartaruga, Iván. 2006. " TERRITORIO Y ENFOQUE TERRITORIAL: de las referencias cognitivas a los aportes aplicados al análisis de los procesos sociales rurales." [en línea] <<http://www.ufrgs.br/pgdr/arquivos/462.pdf>> [consulta: 14 octubre 2015]
10. Tobar, Federico. 2010. "Gestión territorial en salud". [en línea]. <[http://www.fsg.org.ar/20140328\\_Gestion\\_territorial\\_en\\_salud.pdf](http://www.fsg.org.ar/20140328_Gestion_territorial_en_salud.pdf)> [consulta: 15 octubre 2015]
11. Bozzano, H. 2012. "El territorio usado en Milton Santos y la inteligencia territorial en el GDRI INTI: Iniciativas y perspectivas". [en línea]. XI INTI International Conference La Plata, 17 al 20 de octubre 2012, La Plata. Argentina. En Memoria Académica. <[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.2636/ev.2636.pdf](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.2636/ev.2636.pdf)> [consulta: 05 agosto 2015].



12. Santos, Milton. 2005. "O retorno do territorio". [en línea].<<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/osal/osal16/D16Santos.pdf>>. [consulta: 06 agosto 2015].
13. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Gobierno de Chile. 2015."Orientaciones para la planificación y programación en red año 2015." [en línea] <[http://web.minsal.cl/sites/default/files/OPPR\\_2015.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/OPPR_2015.pdf)> [consulta: 25 julio 2015].
14. Toloza, Ismael (*et al.*).2012.Enfoque territorial y modelos descentralizados de gestión del desarrollo económico. Aportes desde Chile, Canadá y Ecuador.[en línea]. <[http://www.ider.cl/wp\\_ider/download/LibroEnfoque%20Territorial.pdf](http://www.ider.cl/wp_ider/download/LibroEnfoque%20Territorial.pdf)>[consulta: 10 agosto 2015].
15. Ministerio de Salud. Web Ministerio de Salud. [en línea]<<http://www.minsal.cl/>>[consulta: 20 octubre 2015].
16. Bustos Peñailillo, Camila. 2012. "Cambios en el comportamiento del Sector Salud tras la implementación del AUGE". [en línea] <<http://www.repositorio.uchile.cl/handle/2250/108036>> [consulta: 10 octubre 2015].
17. Guix, J. (*et al.*). 2013. "Redes locales de salud pública. A propósito de una experiencia". [en línea] <[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112013000600015&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112013000600015&script=sci_arttext)> [consulta: 04 octubre 2015].

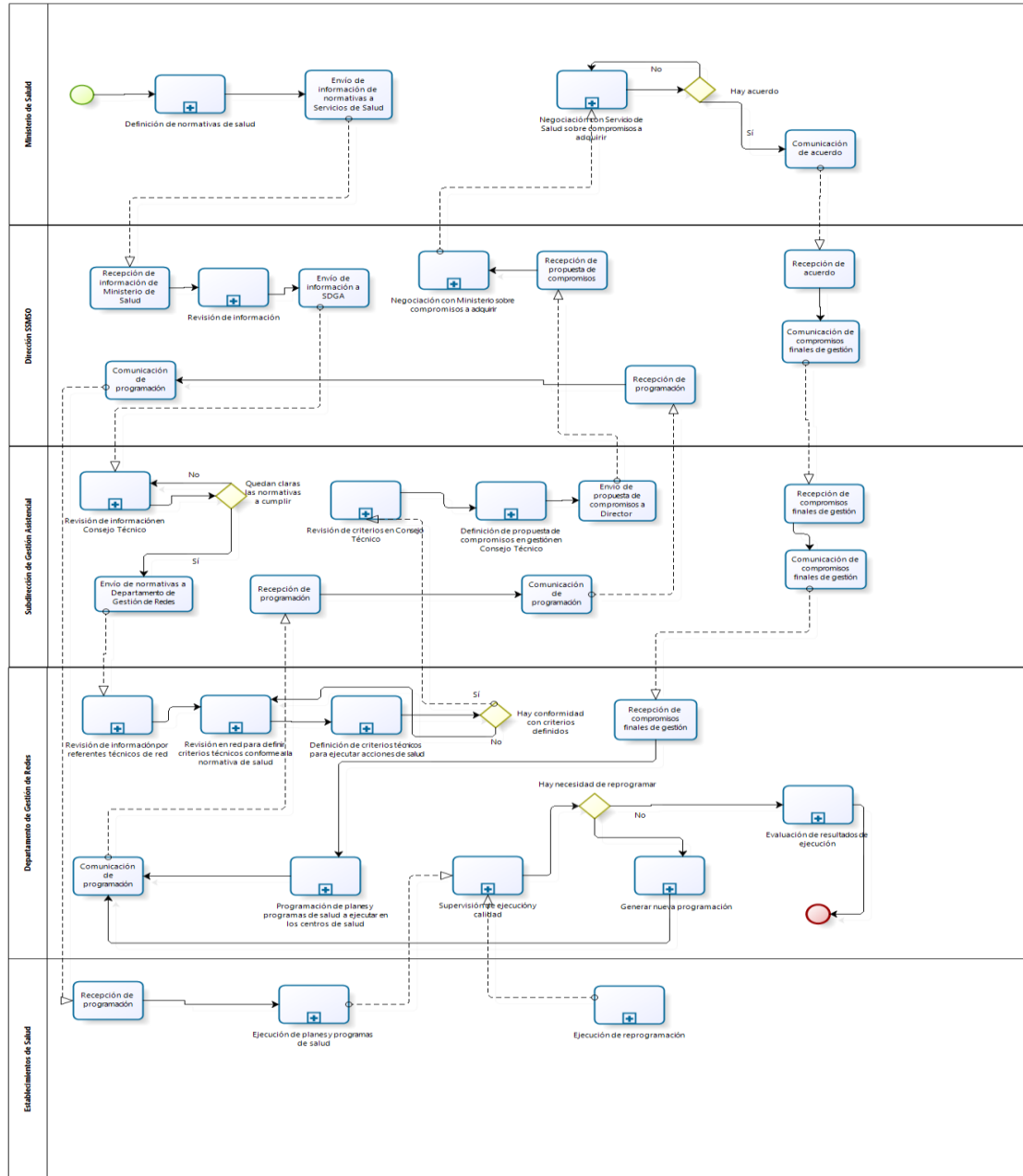
## **Capítulo VI: ANEXOS**

### **VI.1 ANEXO A: RECLUTAMIENTO Y SELECCIÓN**



## VI.2 ANEXO B: FLUJO DE PROCESOS DEPARTAMENTOS SDGA

### VI.2.1 DEPARTAMENTO DE GESTIÓN DE REDES

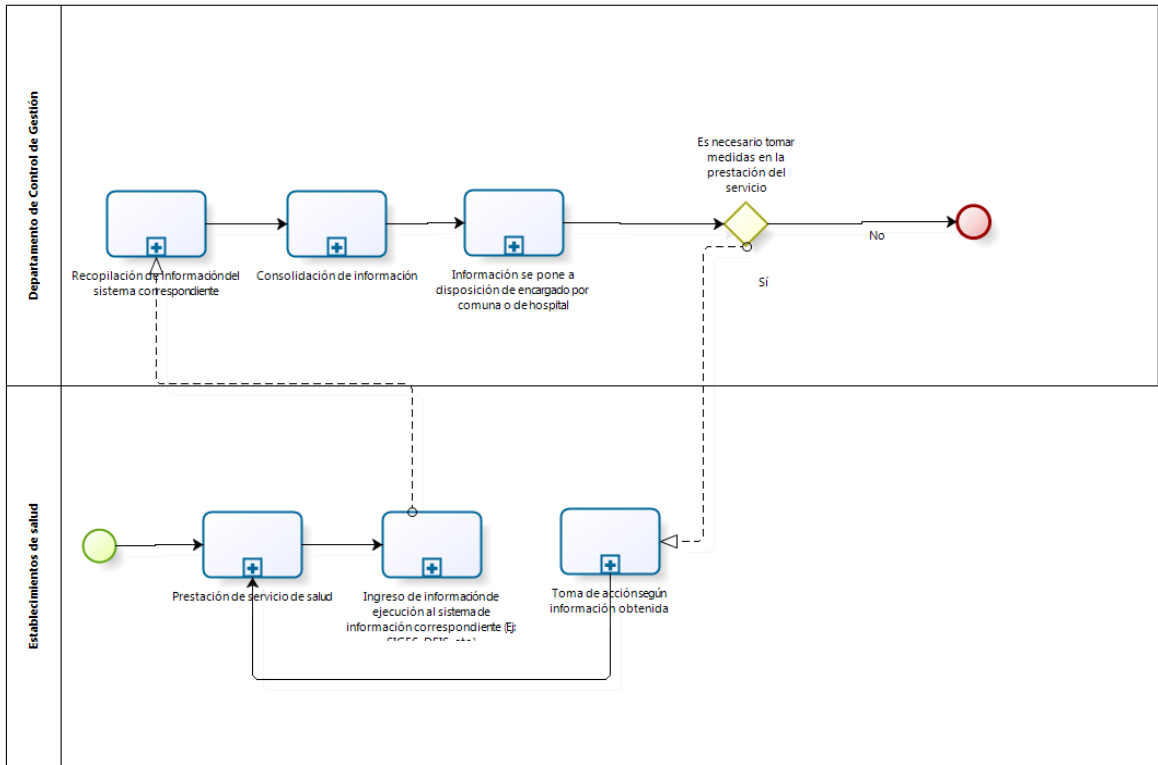


**Ilustración 19: Procesos Departamento Gestión de Redes**

Fuente: Elaboración propia

## VI.2.2 DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN

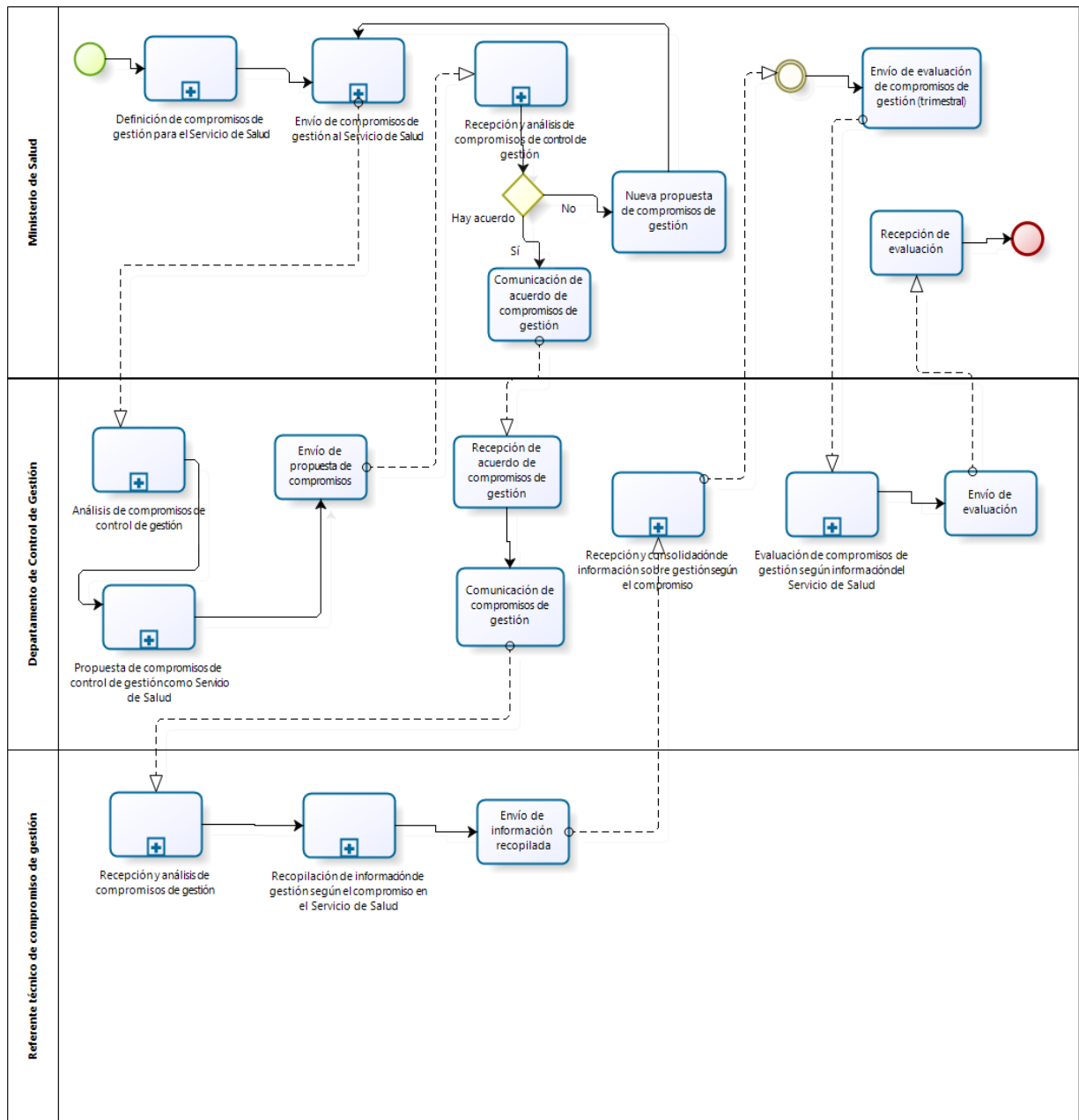
### VI.2.2.1 DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTIÓN 1



**Ilustración 20: Proceso de Control de Gestión**

Fuente: Elaboración propia

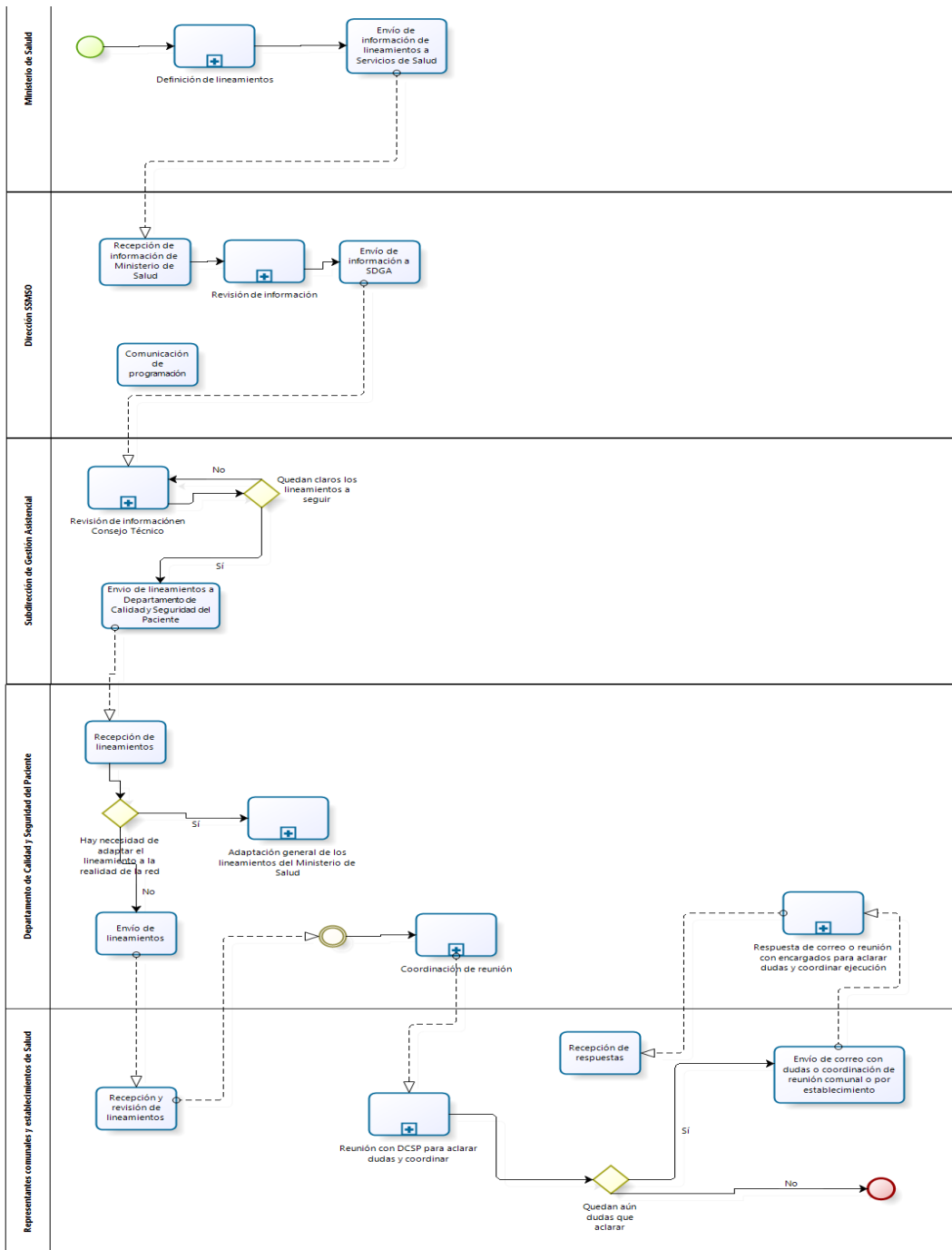
## VI.2.2.2 DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTIÓN 2



**Ilustración 21: Proceso Control COMGES**

Fuente: Elaboración propia

## VI.2.3 DEPARTAMENTO DE CALIDAD Y SEGURIDAD DEL PACIENTE



**Ilustración 22: Procesos Departamento Seguridad y Calidad del Paciente**

Fuente: Elaboración propia

# VI.2.4 DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA

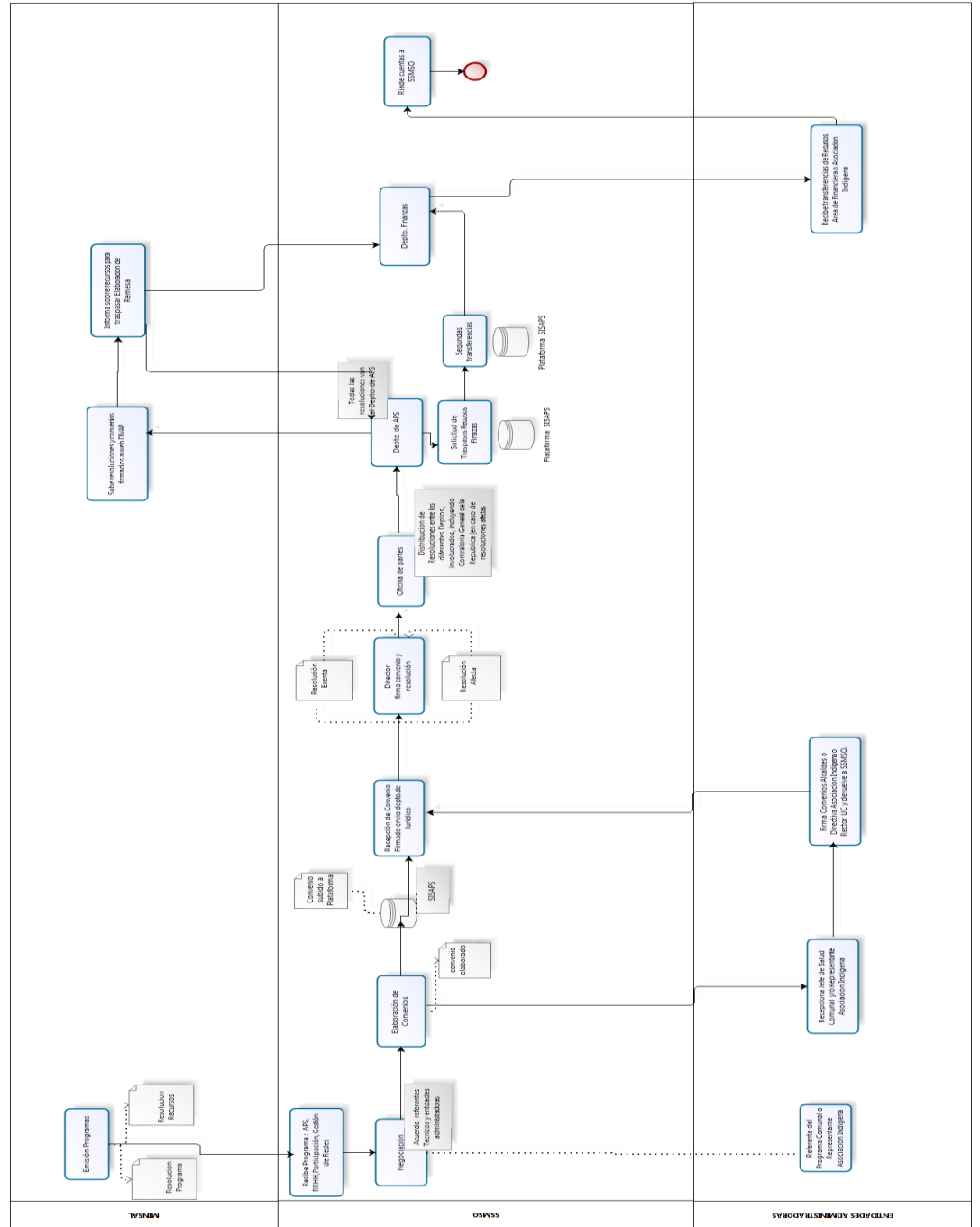


Ilustración 23: Procesos Departamento Atención Primaria

Fuente: "Procesos Atención Primaria". Departamento Atención Primaria.

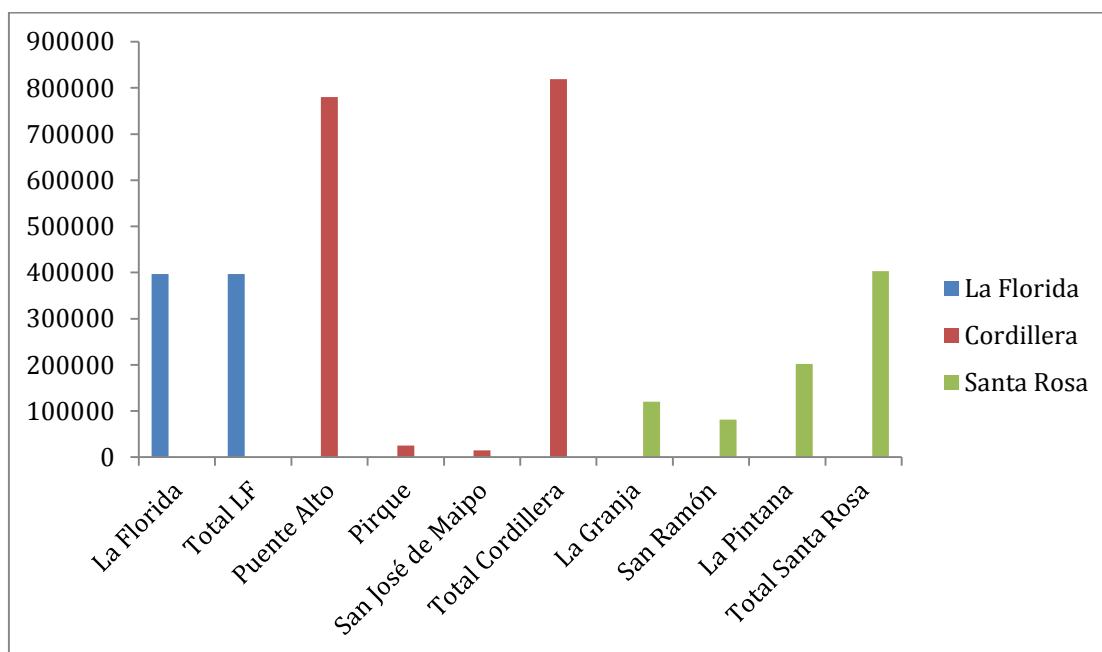
## VI.3 ANEXO C: SUB REDES SSMSO

Para validar el trabajo en tres grupos territoriales en función de las tres sub redes, se hará una caracterización de estas para mostrar que existen diferencias tanto en la situación de salud de la población como en la gestión de la salud en los centros de salud y hospitales.

### VI.3.1 POBLACIÓN

De acuerdo a la proyección hecha en base al CENSO de 2002 de la población por comunas<sup>6</sup>, se observa que el territorio Cordillera es el que tiene mayor población con 819.206 personas, después el territorio Santa Rosa con 402.877 y finalmente el territorio La Florida con 396.684. En el siguiente gráfico se observan las poblaciones de cada comuna de estos territorios.

Gráfico 1: Población Proyectada a 2013 en base a Censo 2002



Fuente: Elaboración propia

Es importante rescatar que si bien el territorio Cordillera es el de mayor población, esta se concentra principalmente en la comuna de Puente Alto, que supera en 1,97 veces la de La Florida, que es la segunda comuna de mayor población y que corresponde a todo el territorio de La Florida.

<sup>6</sup> Reportes comunales 2014. Ministerio de Desarrollo Social.



## VI.3.2 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se presentan los Centros de Atención Primaria por Subred.

### VI.3.2.1 SUBRED LA FLORIDA

Tabla 1: Atención Primaria Subred La Florida

Comuna	Tipo	Nombre
La Florida	CESFAM	Los Quillayes
La Florida	CESFAM	Maffioletti
La Florida	CESFAM	Villa O'Higgins
La Florida	CESFAM	Bellavista
La Florida	CESFAM	Santa Amalia
La Florida	CESFAM	José Alvo
La Florida	CESFAM	La Florida
La Florida	CESFAM	Trinidad
La Florida	CESFAM	Los Castaños
La Florida	CECOF	CECOF Sta. Teresa

### VI.3.2.2 SUBRED SANTA ROSA

Tabla 2: Atención Primaria Subred Santa Rosa

Comuna	Tipo	Nombre
La Pintana	CESFAM	El Roble
La Pintana	CESFAM	Pablo de Rokha
La Pintana	CESFAM	San Rafael
La Pintana	CESFAM	Santo Tomás
La Pintana	CESFAM	Santiago Nueva Extremadura
La Pintana	CESFAM	Flor Fernández
La Pintana	CESFAM	Juan Pablo II (ANCORA)
La Granja	CESFAM	La Granja
La Granja	CESFAM	Granja Sur
La Granja	CESFAM	Malaquías Concha
La Granja	CECOF	CECOF Millalemu
La Granja	CECOF	CECOF San Gregorio
San Ramón	CESFAM	La Bandera
San Ramón	CESFAM	Gabriela Mistral
San Ramón	CESFAM	San Ramón
San Ramón	CECOF	CECOF San Ramón

## VI.3.2.3 SUBRED CORDILLERA

Tabla 3: Atención Primaria Subred Cordillera

Comuna	Tipo	Nombre
Puente Alto	CES	Alejandro del Río
Puente Alto	CESFAM	Bernardo Leighton
Puente Alto	CESFAM	C. Raúl Silva Henríquez
Puente Alto	CESFAM	San Gerónimo
Puente Alto	CESFAM	Vista Hermosa
Puente Alto	CESFAM	Padre Manuel Villaseca
Puente Alto	CESFAM	Karol Wojtyła
Puente Alto	CESFAM	Laurita Vicuña
Puente Alto	CESFAM	Madre Teresa de Calcuta (ANCORA)
Puente Alto	CESFAM	Alberto Hurtado (ANCORA)
Pirque	CESFAM	Dr. José Manuel Balmaceda
Pirque	CESFAM	El Principal
Pirque	POSTA	Posta Santa Rita
Pirque	POSTA	Posta Puntilla
Pirque	POSTA	Posta San Vicente
San José de Maipo	POSTA	Posta El Volcán
San José de Maipo	POSTA	Posta Las Vertientes
San José de Maipo	POSTA	Posta San Gabriel
Consultorio Adosado	Consultorio Adosado	Hospital San José de Maipo