



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y ADMINISTRATIVAS CARRERA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE
DESCENTRALIZACIÓN EN EL MODELO MUNICIPAL DE SALUD DE LA
COMUNA DE QUILLOTA

TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE ADMINISTRADOR PÚBLICO Y AL
GRADO DE LICENCIADO EN ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

Alumno

IVÁN GONZALO ROJAS LEÓN

Profesor Guía

FILIBERTO NUÑEZ ZÚÑIGA

Valparaíso, Marzo de 2012

Agradecimientos

A los matices de la vida que dan su particularidad, la esencia, lo natural y lo sintético de los momentos. Al Tata y la Lete por ser mi pilar diario durante estos 22 años, siendo la referencia hacia la racionalidad y lo enormemente sentimental. A la generación de Universidad, de esa conciencia de justicia y su integridad de contextos. A mis hermanas, a Denisse por la referencia de un camino a través del sonido, a Claudia por la motivación de un siempre ayudar y notar, a Sofía por esas circunstancias del reír y del movimiento. Debiendo adjuntar a mis familiares cercanos en los Planetas Rengo y Tíos del Planeta Quillota. A mi Padrino Pr1mera Fabio López y Capitán Cu4rta Roberto Gatica, simplemente por la creencia. A los camaradas forjados con fuego en el caos, sirenas y amistad. A los Buenos Compipas por las contertulias en los Valles y escaleras del Puerto. Al Valle del Paraíso y sus tejidos de adoquines. A la Rosita, esa señora con vocación y cariño, esa señora que cuida lo considerado por sobre lo esperado, esa señora Rosita que es mi madre. Por último a Dios por los momentos en esta escarpada orientada hacia la cima de la montaña...

IVAN GONZALO ROJAS LEON
MARZO, 2012

INDICE

	Pág.
RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.....	8
1.1. SECTOR SALUD.....	8
1.2. EL SISTEMA PUBLICO DE SALUD	9
1.2.1. Establecimientos de Atención Primaria.....	12
1.2.2. Establecimientos de Atención Secundaria.....	13
1.2.3. Establecimientos de Urgencia.....	14
1.2.4. Establecimientos de Atención Cerrada.....	15
1.3. PARTICIPACIÓN EN EL SECTOR PUBLICO DE SALUD.....	16
1.4. EL MUNICIPIO COMO GESTOR DE DESARROLLO INTEGRADO.....	18
1.4.1. La Sociedad Local.....	19
1.4.2. La Iniciativa Local.....	19
1.4.3. Los Actores Locales.....	20
1.4.4. El Rol del Municipio.....	21
1.4.5. La Descentralización y el Municipio.....	21
1.4.6. De una Lógica-Vertical Sectorial a otra Territorial-Horizontal.....	21
1.4.7. La Descentralización y la APS Municipal.....	22
1.5. COMUNA DE QUILLOTA.....	23
1.5.1.. Antecedentes Históricos Comuna de Quillota.....	23
1.5.2.. División Político Administrativa.....	24

1.5.3.	Antecedentes Demográficos.....	25
1.5.4.	Modelo de Gestión de la Salud de la Comuna de Quillota.....	25
1.5.5.	Orgánica Departamento de Salud Quillota.....	27
	 CAPÍTULO II: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	 29
2.1.	TEMA DE INVESTIGACIÓN.....	29
2.2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	29
2.3.	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	29
2.4.	RESULTADOS ESPERADOS.....	30
2.5.	DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL DE VARIABLES E INDICADORES.....	30
2.6.	JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	32
2.7.	DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA.....	32
2.8.	DESCRIPCIÓN DE LOS INSTRUMENTOS.....	32
2.9.	ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.....	37
	 CAPÍTULO III: PROPUESTA TÉCNICA.....	 50
3.1.	MODELO DE GESTION ADMINISTRATIVA PARA CORRECCION EN MODELO DE SALUD MUNICIPAL DE LA COMUNA DE QUILLOTA.....	50
3.1.1.	Principios Básicos.....	50
3.1.2.	Elementos Normativos de Corrección.....	51
	 CAPÍTULO IV: CONCLUSIÓN.....	 53

CAPÍTULO V: BIBLIOGRAFÍA.....	55
ANEXO.....	57

RESUMEN

La comuna de Quillota está ubicada en el paralelo 32° 54' de latitud sur y el meridiano 71° 16' de longitud Oeste, sobre la cuenca del Río Aconcagua, V Región de Valparaíso, en la provincia de Quillota siendo esta su capital provincial. Tiene una superficie de km... y una población de 87.120 habitantes, siendo 75.783 pertenecientes a la población urbana y 11.337 población rural. Con un total de 82.722 de población inscrita validada en Servicios de Salud Municipal FONASA.¹

El propósito de este estudio es describir el proceso que vivió el Departamento de Salud de Quillota en la implementación de su propio modelo de Salud, creando un paralelo con el modelo Nacional, utilizando herramientas administrativas y compromisos entre la municipalidad y la población de la Comuna, para desarrollar bajo miradas particulares un sistema de trabajo adecuado a las realidades de la comuna.

¹ Según estimaciones del INE, 2011.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo es el resultado de un proceso de investigación cuya objetivo es identificar las gestiones administrativas que realizó la Municipalidad de Quillota, a través de su Departamento de salud, en la creación, implementación, mantención y evaluación, de un modelo propio de Salud.

Se ha elegido la Comuna de Quillota y su área de Salud por demostrar descentralización en su actuación y una constante particularidad en la dirección administrativa. Como también al existir un interés por comprobar si estas acciones ha tenido incidencia en la dirección política de la Comuna.

En primera instancia se desarrolla el Marco Teórico referencial, que demuestra en forma descriptiva el modelo de Salud nacional con sus aristas como también el modelo de Quillota, para así lograr comprender las diferencias y las ventajas comparativas.

Posteriormente se muestra la Metodología del Trabajo, se escogió la Cuantitativa en base a la Técnica de la Encuesta Social, la cual busca recoger la percepción que tienen los ciudadanos de la atención municipalizada que se brinda en Quillota. Complementado con entrevista a la dirección del Departamento de salud la cual ha sido la responsable de la implementación de este modelo.

En la última etapa se muestra una Propuesta Técnica orientada a la evaluación de la gestión administrativa y la implementación del Modelo de Salud Quillota, logrando obtener variables que nos indicaran una evaluación técnica de calidad y ciudadana de lo desarrollado por esta Municipalidad.

CAPITULO I: MARCO TEORICO

1.1 SECTOR SALUD

Las metas sanitarias del país como las políticas nacionales de salud son establecidas por el Ministerio de salud ocupando su rol de ente regulador del sector.

La propuesta que busca el Ministerio se orienta al acercamiento de la salud a las personas², como tema central para lograr buenos resultados en salud. Por este motivo se busca recoger la diversidad biodemográfica y epidemiológica de salud en un país como lo es Chile, en donde en un mismo territorio se presentan diferencias geográficas y de climas, lo que generan necesidades y características diversas. Lo anterior ha llevado a la descentralización en la toma de decisiones hacia los ámbitos regionales y locales, implantando grados variables de flexibilidad en la implementación de estas políticas.³

Lo anterior es un tema relevante al mencionar la participación ciudadana en salud, porque a partir de la Reforma del Sector Salud⁴, se busca que la comunidad organizada asuma un rol protagónico en la salud de sus integrantes.

El Ministerio de Salud rige el Sector Salud, órgano competente del Estado que le corresponde garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud y rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.⁵

Para que el Ministerio logre ejercer sus funciones la nueva legislación que sustenta la Reforma del Sector salud⁶ determina que el Ministerio cuente con dos Subsecretarías, la

² Ministerio de Salud. “Discurso estratégico de la Reforma”, 2001.

³ “Participación Ciudadana en Salud en Localidad Rururbana de la Comuna de Quillota”, ¿De Qué Tipo De Participación Estamos Hablando? La Experiencia de Boco Sur. Alumna tesista Alejandra Ochoa Ringeling, Facultad de Sociología, Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Agosto 2007, Provincia de Quillota Chile. Pág. 15.

⁴ Ministerio de Salud. “Discurso estratégico de la Reforma”, 2001.

⁵ Decreto de Ley Nº 2.763, Artículos 1º, actualizado por la Ley Nº 19.937, del 24 de febrero de 2004 y Artículos 5º y 6º del Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto Nº 136/04 del 21 de abril de 2005.

⁶ Ley 19.888, del 14 de julio 2003, establece el financiamiento para asegurar los objetivos sociales prioritarios del Gobierno, dentro de los cuales está la Reforma de salud.

Ley 19.937, del 24 de febrero 2004, establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria, diversas modalidades de gestión, fortalece la participación ciudadana y crea la Superintendencia de Salud.

de Salud Pública y la de Redes Asistenciales. La Subsecretaría de Salud Pública es la responsable de regular las materias relevantes a la promoción de salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas⁷. La Subsecretaría de Redes Asistenciales es la que tiene la tuición sobre la gestión de los establecimientos públicos de salud trabajando en red.⁸

En la región se ubican las Secretarías Regionales de Salud, SEREMI, 13 en total. A nivel provincial existe un total de 28 Servicios de salud que agrupan en sus territorios una o más provincias cada uno. A nivel local se constituye por las instituciones y establecimientos de salud municipal ubicados en las respectivas comunas.

1.2 EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

Para clasificar los establecimientos de salud se debe tener claro la dependencia de estos, Ministerio de Salud o Municipio. Las prestaciones que desempeñan como exámenes de laboratorios, consultas médicas, control de crónicos, urgencias, hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas, entre otros. La Complejidad de estas prestaciones y el tipo de relación que establecen los establecimientos entre sí.

Las bases del actual modelo de atención se dieron en los noventa tomando en cuenta la Declaración de Alma Ata⁹, en donde se da un enfoque sistemático y de deja de lado el

Ley 19.966, del 3 de septiembre del 2004, establece el Régimen General de Garantías en salud. Con esta ley se inician las Garantías Explicitas en Salud, GES, para un conjunto de problemas de salud, que se aplica a toda la población, con independencia del sistema de seguro con que cuente la persona afectada o incluso ausencia de seguro.

Ley 20.015, del 17 de mayo del 2005, que modifica la ley que creó las ISAPRE y aumenta la capacidad de fiscalización de la Superintendencia de Salud.

⁷ Decreto Ley N° 2.763, Artículo N° 9º, actualizado por la Ley 19.937, del 24 de febrero de 2004 y Artículos 27.29 y 30 del Reglamento del Ministerio de salud, Decreto N° 136/04 del 21 de abril del 2005.

⁸ El Ministerio de Salud está integrado por el Ministerio, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales. El Ministerio está organizado en divisiones, departamentos, secciones y oficinas. Al Ministro le corresponde la dirección del Ministerio y fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales, y evaluar las acciones que deban ejecutar los integrantes del sistema. (Artículos 5º y 6º del Decreto Ley N° 2.763, actualizado por la Ley N° 19.937, del 24 de febrero de 2004).

Por su parte el Subsecretario de Salud Pública es el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales en las materias de competencia y, como colaborador del Ministro, las coordina. (Artículo 9º del Decreto Ley N° 2.763, actualizado por la Ley N° 19.937, del 24 de febrero de 2004 y Artículos 27, 29 y 30 del Decreto Ley N° 2.763 del Reglamento del Ministerio de salud, Decreto N° 136/04 del 21 de abril de 2005)

⁹ Organización Mundial de la Salud. "Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud. Alma Ata" URSS, 6 – 12 de Septiembre de 1978.

objeto de la salud y se le considera un sujeto de desarrollo. Esta declaración le da un lugar de desarrollo social y generador de bienestar al sector salud.¹⁰ Momento que generara un trabajo intersectorial en donde el MINSAL tiene un papel protagónico. Desde estos momentos el MINSAL presenta el objetivo de “dar autonomía a las unidades prestadoras ejerciendo una descentralización real, y dar a las personas la oportunidad para hacer valer sus derechos en salud”¹¹ El sector salud ha presentado grandes cambios que se han desarrollado a través de la Reforma de la Salud.

La Reforma Sectorial postula “El Modelo de Atención Integral de salud”¹², el cual es inspirado en los siguientes principios esenciales:

- ❖ El derecho a la salud, a través del establecimiento de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, y de dotar a los usuarios de las facultades para hacerlas exigibles.
- ❖ La equidad en salud, que apunta a identificar y disminuir los factores o condiciones que generen las desigualdades evitables.
- ❖ La solidaridad en salud, para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los favorecidos. Contribución al bien común.
- ❖ La eficiencia social, en términos de mejorar la asignación de los recursos y optimizar su uso.
- ❖ Participación de la comunidad en la identificación y priorización de sus problemas, y en la formulación de planes y programas.
- ❖ Respeto por la dignidad de las personas.

Este modelo se crea bajo la mirada Bio-psico-social (El modelo Bio-psico-social como lo presenta Engel, sitúa a la enfermedad en el centro de un marco más amplio que implica múltiples sistemas. Para entender la enfermedad el médico no sólo debe ocuparse de la intervención de elementos biológicos, (moléculas, células, órganos) sino también de la persona, la familia, la relación médico-paciente, y el contexto social.)¹³, que no desconoce el paradigma bio-médico (El enfoque bio-médico es un paradigma que asume que “el

¹⁰ MINSAL, “De Consultorio a centro de salud. Marco Conceptual”, pág. 19, segunda edición, Junio 1997.

¹¹ *Ibíd.*, pág. 22.

¹² MINSAL, “División de la Gestión de la Red Asistencial: Modelo Integral de Atención de Salud”, Subsecretaría de Redes, marzo 2005.

¹³ Susan H. McDaniels, Thomas L. Campbell, David B Seaburn. 1990. “Orientación Familiar en Atención primaria, Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud”. Springer-Verlag New York Inc. Pág. 6

cuerpo es la suma de sus partes, separadas de la mente e impermeables a las influencias externas”)¹⁴, pero genera una visión integral del proceso salud enfermedad, añadiendo otras variables como la familia y la sociedad. A la vez intenta generar un usuario más proactivo, responsable tanto de su salud como la de la sociedad. Comprometiendo, durante su implementación, a que todas las personas realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.¹⁵

El modelo de atención está orientado a colocar en el centro a la población y la satisfacción de sus necesidades de salud, por lo cual la tradicional oferta burocrática piramidal debe ser cambiada por una tejido de redes asistenciales de establecimientos, desde donde trabajen con sus roles específicos, complementándose y colaborando entre sí, independientes de su dependencia administrativa, responsabilizándose, en conjunto, por la atención de salud de una comunidad determinada.¹⁶

Los establecimientos de salud se clasifican según los siguientes criterios:

- ❖ Según localización, en establecimientos urbanos y rurales.
- ❖ Según su modalidad de atención, en establecimientos de atención ambulatoria o abierta y en establecimientos que proporcionan atención cerrada u hospitalización.
- ❖ Según el tipo de atención que ofrecen, pueden ser establecimientos de atención primaria, de especialidades o de atención de urgencia en modalidad ambulatoria o bien, establecimientos que atienden urgencias y especialidades en modalidad hospitalización.

Los establecimientos de Atención Primaria, ya sean urbanos o rurales, entregan un conjunto de prestaciones denominadas Plan de Salud Familiar. Cada establecimiento, independiente de que municipalidad lo administre, es supervisado por el Servicio de Salud que corresponda a su territorio. A los establecimientos que han implementado el modelo de atención integral con enfoque familiar, el Ministerio los acredita como Centros de Salud Familiar o CESFAM. Los criterios de acreditación se centran en la gestión del

¹⁴ Ídem., pág. 6

¹⁵ Decreto Ley N° 2.763, Artículos 1° y 2°, actualizado por la Ley N° 19.937, del 24 de febrero de 2004 y el Artículo 1° del Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04 del 21 de abril de 2005.

¹⁶ “Participación Ciudadana en Salud en Localidad Rururbana de la Comuna de Quillota”, ¿De Qué Tipo De Participación Estamos Hablando? La Experiencia de Boco Sur. Alumna tesista Alejandra Ochoa Ringeling, Facultad de Sociología, Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Agosto 2007, Provincia de Quillota Chile. Pág. 19

establecimiento, principalmente en las prestaciones de servicios y en la calidad de atención que entregan a la comunidad.¹⁷

1.2.1 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

a) Consultorios Generales Urbanos o CGU

Se ubican en zonas urbanas y atienden población entre 15.000 y 40.000 habitantes. Hay casos en que superan los 70.000 inscritos. Cada establecimiento es administrado por el Municipio a través del Departamento de Salud o La Corporación Municipal de Educación y Salud. Recibe recursos financieros desde el MINSAL de acuerdo al número de población inscrita validada anualmente por FONASA a través del sistema per cápita. Per cápita es un sistema de reparto cuyo propósito es obtener mayor equidad en la asignación de los recursos. Se parte de la definición de una canasta básica de prestaciones o Plan de Salud Familiar, cuyos parámetros se aplican a una población de 10.000 personas. Se establecen valores diferenciados por grupos de comunas según criterios de ruralidad y pobreza. El monto de recursos asignados para una determinada comuna, es el resultado del valor per cápita correspondiente, por el número de beneficiarios del sector público que se encuentran válidamente inscritos en los establecimientos de su territorio.¹⁸

Estos consultorios, si bien son administrados por los municipios, se estructuran bajo las políticas de salud ministeriales, sus planes y programas. También deben cumplir con metas sanitarias anuales.

Durante el gobierno de la Ex Presidenta Michelle Bachellet, se crearon los Centros Comunitarios de Salud Familiar o CECOF, para sectores de alta concentración urbana y riesgo social.

Los CECOF son establecimientos de Salud, el cual se traslada a un lugar físico inserto en la comunidad a la cual busca entregar prestaciones y crear una estrecha relación. Es una estrategia de gestión que busca disminuir las desigualdades en salud y mejorar los problemas de acceso, resolutiveidad y calidad de la atención a poblaciones urbanas entre

¹⁷ Ídem., pág. 20.

¹⁸ Ídem., pág. 21.

2.000 y 5.000 inscritos. No son establecimientos independientes sino un subsector del CGU o CGR de origen.

b) Consultorios Generales Rurales o CGR

Se establecen en áreas rurales y sus inscritos fluctúan entre los 5.000 y 10.000 usuarios. Se caracterizan por estar rodeados de amplias extensiones con población dispersa. Desarrollan las mismas funciones de los consultorios urbanos y cuentan con el mismo equipo de los consultorios urbanos pero en ciertas ocasiones incompleto por su condición de lejanía con zonas urbanas.

c) Postas de Salud Rural o PSR

Atienden usuarios rurales entre los 800 y 3.000. El establecimiento se encuentra ubicado en el núcleo de la población concentrada. Es atendida por un técnico de enfermería que reside en el establecimiento y la atención profesional es dada por un equipo de salud que acude periódicamente en forma de ronda.

d) Estaciones Médicos Rurales o EMR

Se caracterizan por no disponer de inmueble ni personal estable, funciona en bienes inmuebles facilitados por la comunidad o en vehículos acondicionados, como lo es el caso de las clínicas dentales móviles.

e) Hospital Básico Comunitario o H4

Establecimiento que cuenta con número reducido de camas ubicado en comunas predominantemente rurales. Se caracteriza por atenciones de nivel primario y realiza hospitalizaciones sólo cuando son de baja complejidad. Se considera como establecimiento de atención primaria bajo administración del Servicio de Salud.

1.2.2 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN SECUNDARIA

a) Consultorio de Atención de Especialidades

Funcionalmente forma parte del Hospital. Las prestaciones médicas que brinda son prestaciones de especialidad, tal como oncología, oftalmología, gastroenterología y procedimientos para confirmación de diagnósticos. La forma de derivación del nivel primario corresponde a las interconsultas procedidos de este.

b) Centro Diagnostico y tratamiento (CDT) y Centros Referencia de Salud (CRS)

Poseen infraestructura y presupuesto propio. Se ubican en la cercanía de grandes hospitales pero mantienen su autonomía. Los CDT agrupan la atención de especialistas y sub-especialistas y los CRS, las especialidades básicas. SE desarrollan en la prestación de servicios a los hospitales y centros de atención primaria. Sólo atienden pacientes derivados a través de interconsulta desde estos establecimientos.

1.2.3 ESTABLECIMIENTOS DE URGENCIA

a) Unidades de Urgencia Hospitalarias o UEH

Normalmente se les llama Postas y están destinadas a la atención de urgencias con riesgo vital que requieren intervención quirúrgica. La hospitalización se realiza en las dependencias del hospital de cual dependen.

b) Servicios de Atención Primaria de Urgencia o SAPU

Están orientados hacia la demanda por problemas de salud urgente pero de baja complejidad para posteriormente estabilizar y derivar a las UEH los casos graves. Forman parte de un CGU o CGR, de dependencia municipal o del Servicio de Salud, en sectores con alta densidad poblacional. Empiezan su atención cuando el consultorio cierra alrededor de las 17 horas y atienden, dependiendo del contexto de la población hasta las 24 horas o hasta las 8 horas del día siguiente.

c) Servicio de atención Médica de Urgencia o SAMU

Servicio móvil para el rescate de personas que están en peligro vital o han sufrido algún accidente. El rescate se realiza en ambulancias equipadas desde la vía pública o desde el mismo domicilio. Es un servicio disponible en grandes ciudades o con características que lo requieran y dependen del Servicio de Salud.

d) Servicio de atención Primaria de Urgencia Rural o SAPUR

Es la atención de urgencia que entregan los CGR. Tiene atención continuada por técnico paramédico y si se requiere la presencia de un médico se busca físicamente en el establecimiento.

1.2.4 ESTABLECIMIENTOS DE ATENCIÓN CERRADA

Los Hospitales corresponden al nivel terciario de las atenciones de salud. Cada grado de complejidad del establecimiento lo condiciona el tamaño de la ciudad en donde se ubica y su área de influencia. Su clasificación se establece según el volumen y complejidad de la demanda esperada. Se clasifican en Hospitales de alta complejidad o H1, Hospitales de complejidad media o H2 y Hospitales generales o H3. Se diferencian por el número y tipo de camas, ya sean básicas, cuidados intermedios o intensivos, por la presencia de especialistas, sub-especialistas o médicos especialistas básicos y por la complejidad del equipamiento médico que disponen.

El sector salud presenta a nivel nacional una gran complejidad debido a la infinidad de establecimientos y una compleja red de planificación y coordinación interna, hace que, en la práctica no se observe una forma única de organización ni menos de gestión. Esta flexibilidad al interior del sector ha permitido desarrollar la creatividad y ha terminado siendo un rasgo característico de salud, incluido su gran capacidad para reinventarse y dinamizar sus procesos en pos de mejorar la calidad de atención, la prestación de servicios y la calidad de vida de sus usuarios.

Pero los contrastes se presentan en la flexibilidad de cada localidad, al realizar adecuaciones particulares, genera una confusión en el usuario o genera que realice doble utilización de las prestaciones de servicios y de los establecimientos de salud ya que desconoce el funcionamiento del sistema.

Esto se comprobó en el estudio realizado para la Dirección de Salud de la Municipalidad de Santiago sobre la percepción de los usuarios sobre los establecimientos de Atención

Primaria de la Comuna.¹⁹ Sin duda la conclusión final entregada por este estudio era sobre el alto grado de desconocimiento, por parte de los usuarios y no usuarios, de las prestaciones que se desarrollaban en los establecimientos de salud, como de los planes y programas de salud, existentes en la comuna de Santiago. Generando que las experiencias personales y de personas cercanas, afectara directamente la percepción de los establecimientos de salud la cual se mantiene en el tiempo.

1.3 PARTICIPACIÓN EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD.

Hoy se tiende a la generalidad de que las personas son sujetos y no objetos de las acciones de salud, con un creciente control sobre decisiones y acciones que las afecten en este ámbito, a través de causas de participación y políticas explícitas.

Desde la década pasada el MINSAL ha venido trabajando en el desarrollo de una política orientada hacia la participación activa de la población en temas de salud, implementando diversas estrategias tanto en el involucramiento de las personas como en estilos de vidas saludables, bajo la idea de alcanzar mejores niveles de salud.²⁰

El programa de Promoción de la Salud ha buscado mejorar las condiciones de vida a través de estilos de vida saludables, para así, prevenir desde etapas tempranas, aquellas enfermedades de origen multifactorial, permitiendo la toma de conciencia sobre los factores que afectan la salud y por ende la calidad de vida de las personas.

En la actualidad las instancias relevantes y formales de participación de la población en el sector salud son las siguientes:

- ❖ Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias, OIRS. Fueron creadas en el año 2000 con la orientación de dar espacio a las preocupaciones y propuestas de la ciudadanía y otorgando información hacia los requerimientos de los usuarios.

¹⁹ Ochoa, Alejandra, "Percepción de los usuarios sobre establecimientos de Atención Primaria Municipal de la Salud en la Comuna de Santiago", Práctica profesional no publicada, Municipalidad de Santiago, segundo semestre 1998.

²⁰ Compromiso de Ottawa, Canadá, Noviembre 1986; El Compromiso de Chile para la Promoción de la Salud, Santiago de Chile, Octubre 2002; Carta de Bangkok para la Promoción de Salud en un mundo globalizado, Agosto 2005; Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los Determinantes Sociales, Santiago de Chile, Diciembre 2005.

La gestión de solicitudes ciudadanas y la de los reclamos, adquiere importancia en el contexto de la aplicación de garantías explícitas en salud. Se busca crear mecanismos de arbitraje, negociación y prevención de la judicialización de las demandas, en conjunto a sistemas de acogida y apoyo a la satisfacción de los usuarios.

Las OIRS son el primer punto de contacto de los usuarios con la red asistencial y la primera oportunidad de ejercicio ciudadano de los derechos de salud para la población.

- ❖ Otra forma de incorporación de la comunidad a labores relacionados con el tema prevención salud son los denominados Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos o Comités Locales. No existe una regla clara para su denominación, no cumplen iguales funciones ni tienen el mismo grado de participación de los usuarios. Están conformados por funcionarios de los establecimientos de salud en conjunto con representantes de la comunidad local. En estos Consejos se plantean problemas de salud detectados por la población y se debaten distintos cursos de acción. Estos Consejos también son utilizados para la rendición de la cuenta pública de los establecimientos, en otros se exponen los programas y planes de salud a desarrollar y se analiza su aplicación en el contexto de la realidad local. El grado de participación de los usuarios dependerá del criterio de la dirección de los establecimientos.
- ❖ La tercera instancia de participación son los Consejos Integradores de la Red Asistencial o CIRA. Desde el año 2003 se incorpora a cada uno de los Servicios de Salud un espacio de encuentro entre todos los actores de la Red Asistencial orientado fundamentalmente a trabajar los temas de relevancia y contra referencia y abordaje de brechas entre demanda de atención y capacidad de oferta de las redes. En este caso la ley no establece que en los Consejos participen representantes de los usuarios tampoco lo prohíbe. Se espera que con el pasar del tiempo la relación y la participación con los representantes de la comunidad de vaya fortaleciendo.²¹

Ya ha pasado una década desde la implementación del modelo en donde la promoción de salud ha llegado a formar parte de los discursos de las autoridades como la sociedad en

²¹ Ley N° 19.937, Artículo 21 A.

general. Hoy en día la promoción de la salud y estilos de vida saludables están posicionados en todos los niveles de la sociedad, inclusive en campañas de televisión como por parte del Gobierno, lo que sin duda constituye un logro del sector.²²

1.4 EL MUNICIPIO COMO GESTOR DE DESARROLLO LOCAL INTEGRADO

Hacia finales de la década del sesenta aparecen cuestionamientos a lo central y se desarrolla el concepto de lo local. Para Arocena²³ el desarrollo local es un concepto relativo, que nace desde una concepción integral e integradora del desarrollo y se sitúa, al mismo tiempo, en la afirmación de lo singular y en las regularidades estructurales.

Al comenzar a desarrollar en concepto de local primeramente debemos tener claro que se está inserto en una sociedad global. La comuna es una expresión singular y única, pero presenta lógicas de funcionamiento presentes en otras comunas. Estas generalidades permiten adoptar un marco de comprensión de lo global, o lo nacional en este caso. Sin embargo estas generalizaciones no reemplazan el conocimiento de la forma específica que esa misma generalización adopta en una sociedad local o comuna concreta.²⁴

El desafío consiste en aceptar la diversidad y administrar la diferencia. La herramienta más apreciable es la “gestión de la diferencia”²⁵. Haciendo referencia a que la iniciativa local no es suficiente para satisfacer todas las necesidades o en su mayoría hacia la demanda que está apuntada, necesita de una política llevada a cabo por el Estado tendiente a considerar y respetar las diferencias y generar espacios de flexibilidad en niveles locales.

²² “Participación Ciudadana en Salud en Localidad Rururbana de la Comuna de Quillota”, ¿De Qué Tipo De Participación Estamos Hablando? La Experiencia de Boco Sur. Alumna tesista Alejandra Ochoa Ringeling, Facultad de Sociología, Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Agosto 2007, Provincia de Quillota Chile. Pág. 26.

²³ José Arocena. El Desarrollo Local. Un Desafío Contemporáneo. Centro latinoamericano de Economía Humana (CLAEH), Universidad Católica del Uruguay, Editorial Nueva Sociedad. Venezuela, 1995.

²⁴ MINSAL. “Modelo de Gestión en Atención Primaria en Salud Municipal. Santiago, Marzo 2006. Pág. 6.

²⁵ Ídem. Pág. 8.

1.4.1 LA SOCIEDAD LOCAL

No debemos entender como sociedad local toda subdivisión del territorio nacional, para que se esta situación debemos tener claro ciertas condiciones en los niveles socioeconómicos y culturales.

En el contexto socioeconómico debe existir una generación local de recursos y un control de los aspectos locales sobre aspectos productivos y de comercialización. Conformándose un sistema de relaciones de poder con una jerarquía social regulada por la mayor o menor capacidad de cada uno de sus miembros de influir en la toma de decisiones sobre la utilización de los excedentes.

A lo anterior debe sumarse el nivel de cultura, que hace referencia a una historia en común, un lenguaje y ha tradiciones que han llevado al forjamiento de una identidad en común, que ha sido interiorizado por sus integrantes haciendo que cada uno de ellos se identifique como perteneciente a esa sociedad.

El Plan de Desarrollo Local o PLADECO es la máxima expresión de un proyecto en común que una sociedad local o comuna podría llegar a desarrollar, en donde están representados los intereses y necesidades de la comunidad.²⁶

1.4.2 LA INICIATIVA LOCAL

Promover la iniciativa local, generalmente es confundido con la disgregación global o con debilitamiento del Estado o interés privados, pero no es cierto que cuando no existe la iniciativa local, el sistema se vuelve reproductivo y estéril.

La iniciática y la creatividad surgen en contra de la inercia y la ineficiencia de la burocracia estatal y de la planificación central planificada. La iniciativa local es un importante instrumento en la construcción de nuevas formas sociales. De este ejemplo hay numerosos casos de aplicaciones de nuevas iniciativas pero que van estrechamente ligados a la masa crítica y profesionalización, la capacitación y el acceso a nuevas destrezas como forma de movilización de recursos humanos.

²⁶ Ídem. Pág. 8.

Una de las formas de medición son los indicadores económicos como la generación de empleos o el aumento de volumen de la actividad económica. Convirtiéndose en una importante capacidad de estas iniciativas de poner en movimiento a la sociedad local en la entrada de nuevos actores.

1.4.3 LOS ACTORES LOCALES

Se entiende por actor local, (Arocena, 1988), *“Todos aquellos agentes que, en el campo político, económico, social y cultural, son portadores de propuestas que tienden a capitalizar mejor las potencialidades locales.”*

Fernando Barreiro²⁷ propone tres alternativas de actores sociales, bajo la presencia de iniciativa:

- ❖ Los actores ligados a la toma de decisiones (político-institucionales)
- ❖ Los actores ligados a técnicas particulares (Expertos-profesionales)
- ❖ Los actores ligados a la acción sobre terreno (la población y todas sus expresiones activas)

La existencia de actores-agentes de desarrollo local supone un factor crítico para el éxito de estos procesos. Suponiendo concertación, negociación e interacción entre ellos.

La potencialidad para lograr producir un efecto de desarrollo local no debe ser una acción aislada, sino mas bien se trata de iniciativas generadas y procesadas dentro de un sistema de negociación permanente entre los diversos actores que forman una sociedad local. Estas tendencias hacia al articulación deben orientarse hacia la creación de diversas instituciones adecuadas que sirvan de marco a la situación de negociación entre distintas visiones racionales.

Es aquí donde surge el municipio como un agente articulador y relevante.

²⁷ Los agentes de desarrollo. Fernando Barreiro en Cuadernos del CLAES N° 45-46 Montevideo 1988. Pág. 145.

1.4.4 EL ROL DEL MUNICIPIO

Para comenzar por describir la concepción local global primeramente debemos tener clarificado que históricamente nos hemos forjado en una concepción centralista que produce un debilitamiento y desvalorización de lo local.

La dificultad que se observa en algunos municipios en la proposición de iniciativas concertadoras de desarrollo, tiene su formación en la creación de los Estados- Naciones en América Latina, que consolidaron la unidad territorial basados en una concepción centralista del ordenamiento institucional, con una ciudad capital con fuerte poder político-administrativo en donde se gobierna y controla todo el territorio.

Pero lo que posiciona al Municipio como la mejor institución para cambiar la lógica territorial-vertical, es su carácter de gobierno electo por los ciudadanos lo que le otorga una legitimidad que las agencias locales de los organismos nacionales no disponen.

1.4.5 LA DESCENTRALIZACIÓN Y EL MUNICIPIO

La construcción del país del ha caracterizado por procesos centralizadores que sin embargo, no alcanzan las innumerables necesidades que se presentan en expresiones locales de demandas.

Se tiende a pensar que los procesos descentralizadores pueden llevar a llevar a una explosión de múltiples intereses particulares. Pero se debe recordar que una centralización sin límites provoca un efecto paralizador al resto del sistema. Se produce una falta de iniciativa local y una actitud de espera desde la capital (gobierno) para que este venga a solucionar las necesidades elementales. Fomentando el paternalismo.

1.4.6 DE UNA LÓGICA VERTICAL-SECTORIAL A OTRA HORIZONTAL-TERRITORIAL.

Lo característico del sistema nacional centralizado opera la lógica sectorial –vertical, en donde desde el centro, los ministerios y organizaciones nacionales, plantean un modo único de administrar los aspectos públicos de su competencia. En este espectro de administración los Municipios reducen su área a los aspectos no atendidos por la lógica

sectorial o como es el caso de estudio las Atenciones Primarias de Salud, se limitan a la administración de los recursos que le son transferidos. Cuando se presenta un problema se opera desde una estructura tecnocrática, impidiendo el aporte de distintos puntos de vista, lo que define normas con total independencia de la singularidad de cada situación. Generando todo tipo de impedimentos para que los actores locales presenten su real contribución en el funcionamiento del sistema.²⁸

Es en esta nueva lógica-horizontal en que el desarrollo local integrado debe producirse cuando existe capacidad de negociación y de juego entre actores que siguen una articulación de intereses que entreguen un beneficio a la sociedad local.

1.4.7 LA DESCENTRALIZACIÓN Y LA APS MUNICIPAL.

Al hablar de descentralización se menciona sus componentes técnicos y administrativos, pero es imperiosamente un proceso político, entendiéndose como un medio y no un fin. Suponiendo un traspaso y reformulación de poder del Estado, entre éste, y la sociedad civil. Sumado a reducir las resistencias al cambio de instancias superiores que se negaran a perder sus cuotas de decisión y control, destinadas a asumir otras funciones. También está la contraposición de los niveles inferiores que reciben poder y deben superar sus temores e inseguridades, frente a la disyuntiva de volverse protagonistas responsables de la administración de salud de su jurisdicción.²⁹

Es en el año 1984 que se desarrolla un seminario-taller dictado por la Organización Panamericana de la Salud, OPS, en la Ciudad de Querétaro, México.³⁰ En donde se describieron los objetivos específicos de la descentralización aplicada a la atención primaria de Salud en los siguientes términos:

- ❖ Aumentar la capacidad de resolver los problemas, al acercar al lugar donde estos se presentan la toma de decisiones sobre el uso de los recursos.
- ❖ Revertir, a la comunidad y a los individuos, la capacidad de decidir enajenada, pasando así, de ser objetos a sujetos de la preservación de la salud.
- ❖ Permitir la extensión de la cobertura con equidad y eficiencia.

²⁸ José Arocena, 1995.

²⁹ MINSAL. "Modelo de Gestión en Atención Primaria en Salud Municipal. Santiago, Marzo 2006. Pág. 13.

³⁰ OPS, Programa de Desarrollo de Sistemas de salud. Seminario-Taller sobre Descentralización y Administración Local de Sistemas de Salud. Querétaro, México, 1984.

- ❖ Aumentar la capacidad de respuesta eficiente a los problemas de salud comunitarios.
- ❖ Lograr una mayor eficiencia técnica y social de los servicios.
- ❖ Mejorar la organización del sistema de servicios de salud y la prestación de los mismos.
- ❖ Permitir un cauce de participación en la búsqueda de una mejor calidad de vida.
- ❖ Promover un proceso de desburocratización de las estructuras administrativas actuales y prevenir las tendencias a la hipertrofia de la burocracia.
- ❖ Propender a una mejor participación del beneficiario de los servicios de salud y de la comunidad en la toma de decisiones.

El reto del Municipio es alinear y armonizar, en el espacio local, es apelar a una dosis de flexibilidad, imaginación e innovación, en función de las particularidades del contexto local.

1.5 COMUNA DE QUILLOTA

La Comuna de Quillota tiene una estrecha relación con el Río Aconcagua, pues según fuentes históricas este fértil valle ha estado poblado desde hace unos 2000 años. Resalta su gran fertilidad de sus suelos, conociéndose en tiempos precolombinos como la tierra fértil del “Valle del Chili” en donde habitan los “Quillotas”. Desde estos comienzos se establecieron múltiples asentaciones indígenas tal como los Diaguitas, junto a una fuerte influencia Inca hasta los Picunches, posteriormente ocurrió la llegada de los españoles. Fue residencia del descubridor español Diego de Almagro, desde donde se proyectaba en la búsqueda y explotación de oro. Estos terrenos siguieron como corregimiento hasta la fecha de su fundación. Cabe destacar la importancia en la independencia de Chile, pues es en el año 1818 cuando el Director Supremo Bernardo O’Higgins Riquelme mandatará la constitución de la Municipalidad de Quillota.

1.5.1 ANTECEDENTES HISTORICOS COMUNA DE QUILLOTA

El 4 de julio de 1717 la Junta de Poblaciones del Reino de Chile ordena erigir la Villa de San Martín de la Concha del Valle de Quillota, como una manera de unir a las familias

dispersas y darles seguridad. El 11 de noviembre de 1717, fue fundada la villa de Quillota, por el gobernador interino de Chile José de Santiago Concha y Salvatierra, la cual se verificó el 11 de noviembre de 1717, con la presencia del Obispo Luis Romero y el Gobernador Concha y Salvatierra. Desde la fundación de Quillota se establece un cabildo con dos alcaldes y seis regidores, de esta manera hace 282 años que existe una institución regidora de la comunidad. La Villa de San Martín de la Concha es asiento del extenso Corregimiento de Quillota. Durante la colonia la ciudad tuvo gran importancia militar y administrativa debido a su ubicación entre la capital y el puerto de Valparaíso.

Hasta 1842 el Departamento de Quillota pertenecía a la Provincia de Aconcagua, pero al crearse la nueva provincia de Valparaíso, se constituyó en un departamento de esta última, que al finalizar el siglo XIX contaba con 19 subdelegaciones y 48.737 habitantes, siendo la comuna de Quillota su capital. La tradicional importancia administrativa de Quillota se ha mantenido hasta hoy, puesto que se constituye como capital de la provincia del mismo nombre. En 1876, se transforma en el asiento del Partido de Quillota, perteneciente a la Intendencia de Santiago. De este partido nacen sucesivamente el Partido de Cuzcúz, el Partido de Petorca, el Partido de Aconcagua y el Partido de Los Andes. Durante la segunda mitad del siglo XIX la pujanza del pueblo fue notoria, y en 1884 se construyó un tranvía tirado por caballos (carros de sangre). Estos eran de manufactura estadounidense (John Stephenson Co. de Nueva York), pero de dos pisos como los construidos en Inglaterra. Aunque de efímera duración, Quillota y Limache fueron los primeros pueblos del valle del Aconcagua en tener tranvías, precediendo a otras ciudades de la zona, como San Felipe (1886).³¹

1.5.2 DIVISION POLITICO ADMINISTRATIVA

La Comuna de Quillota posee una superficie de 302 km², se encuentra ubicada en el paralelo 32° 54' de latitud sur y el meridiano 71° 16' de longitud Oeste, sobre la cuenca del Río Aconcagua. Comparte esta cuenca, de oriente a poniente, con las comunas de Los Andes, San Felipe, Panquehue, Catemu, Hijuelas, Calera y la Cruz, siendo la última localidad en recibir las aguas de este río.³²

³¹ Carlos Keller R. Los orígenes de Quillota (www.scribd.com/doc/23397494/Los-Origenes-de-Quillota) Consultada Marzo 2012.

³² Servicio de Información Nacional Municipal (www.sinim.cl) Consultado Marzo 2012.

El territorio comunal se encuentra ordenado, al este y al oeste por cerros de la Cordillera de la Costa, cuyas cumbres alcanzan los 1.000 metros de altura sobre el nivel del mar, generando un valle cuya nivelación general es de 130 metros sobre el nivel del mar.

La comuna de Quillota pertenece a la provincia del mismo nombre en conjunto con las comunas de La Cruz, La Calera, Nogales, siendo Quillota la capital provincial. La provincia de Quillota pertenece a la V Región de Valparaíso conformada por las provincias de San Antonio, Valparaíso, Petorca, San Felipe, Los Andes, Isla de Pascual y Marga Marga.

1.5.3 ANTECEDENTES DEMOGRAFICOS

La población actual de la comuna, de acuerdo a los resultados de las proyecciones en base al censo 2002, es de 87.120 habitantes (año 2010). Según estimaciones del INE.

El territorio de la Comuna de Quillota es de 302km², que corresponden al 18,2% del territorio provincial y al 1,85% del territorio Regional.³³ Con una densidad poblacional de 288,48 habitantes/km².

1.5.4 MODELO DE GESTIÓN DE LA SALUD DE LA COMUNA DE QUILLOTA

La Municipalidad de Quillota anticipándose a la aplicación de la Reforma de salud, pone en marcha en 1995 su propio Modelo de Gestión Municipal de Salud, dirigido por el Departamento de Salud comunal. Este nuevo modelo se inspira en el informe PNUD³⁴ y utiliza los principios regidores de este nuevo modelo de la reforma de la salud. Generando una salud integradora e innovadora. Citando las palabras de uno de sus gestores, en que es una propuesta *“en donde los temas de salud tenían que ver con algo mucho más*

³³ (http://www.quillota.cl/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=66&Itemid=39) Consultada enero del 2012.

³⁴ Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. El PNUD es un programa que realiza labores dirigidas a fortalecer las políticas públicas de reducción de la pobreza y la desigualdad. (www.pnud.cl) Consultada Marzo 2012.

*macro, que no dependían solamente de salud, sino que dependían de otros ámbitos también”.*³⁵

Se propone convocar a un cambio desde una “cultura de enfermedad”, hacia una “cultura de salud”. Se modifica la visión habitual de como se abordan las materias de salud y se centran en el énfasis en que cada ciudadano asuma propia la prevención y promoción de su salud. Se busca ampliar la visión de la salud, buscando nuevos instrumentos para intervenir en los determinantes sociales presentes en su realidad local y avanzar por el camino de la protección social.³⁶

Se estima importante la interlocución con los distintos actores sociales involucrados, para así comprometer su participación, como también afianzar este compromiso a través de mecanismos para conocer sus aportes y establecer pautas de trabajo en conjunto. Se considera indispensable que los usuarios expresen las preferencias y expectativas. Lo anterior para generar una legitimación del proceso y superar parte de la insatisfacción de los usuarios a través de la transparencia tanto de procesos como de resultados. Se establecen contratos entre los equipos de salud y la población beneficiaria entre los afiliados. Se crea una distinción entre los usuarios y afiliados, pues este último comparte responsabilidades y decisiones de acuerdo a un convenio previo.

En el diseño estructural del Modelo de Gestión de la Salud se presentan diferencias del modelo Ministerial. Se produce la especialización de sus establecimientos, a pesar de ser todos de atención primaria, no entregan las mismas prestaciones. El Consultorio “Cardenal Silva Henríquez” se dedica a las atenciones de salud relacionadas con la prevención y promoción; por su parte el Consultorio “Doctor Miguel Concha” se dedica a lo denominado “daño”, es decir al tratamiento y recuperación de enfermos. Cubriendo este establecimiento gran parte importante de la demanda del nivel secundario. Las acciones comunitarias que están orientadas a la promoción de la salud se realizan a través del Centro de Promoción de la Salud y Cultura. Considerando y manteniendo la concepción

³⁵ Entrevista a Sandra Varas, Directora del Centro de la Promoción de la Salud y la Cultura. 13 de Noviembre de 2006.

³⁶ “Participación Ciudadana en Salud en Localidad Rururbana de la Comuna de Quillota”, ¿De Qué Tipo De Participación Estamos Hablando? La Experiencia de Boco Sur. Alumna tesista Alejandra Ochoa Ringeling, Facultad de Sociología, Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Agosto 2007, Provincia de Quillota Chile. Pág. 28.

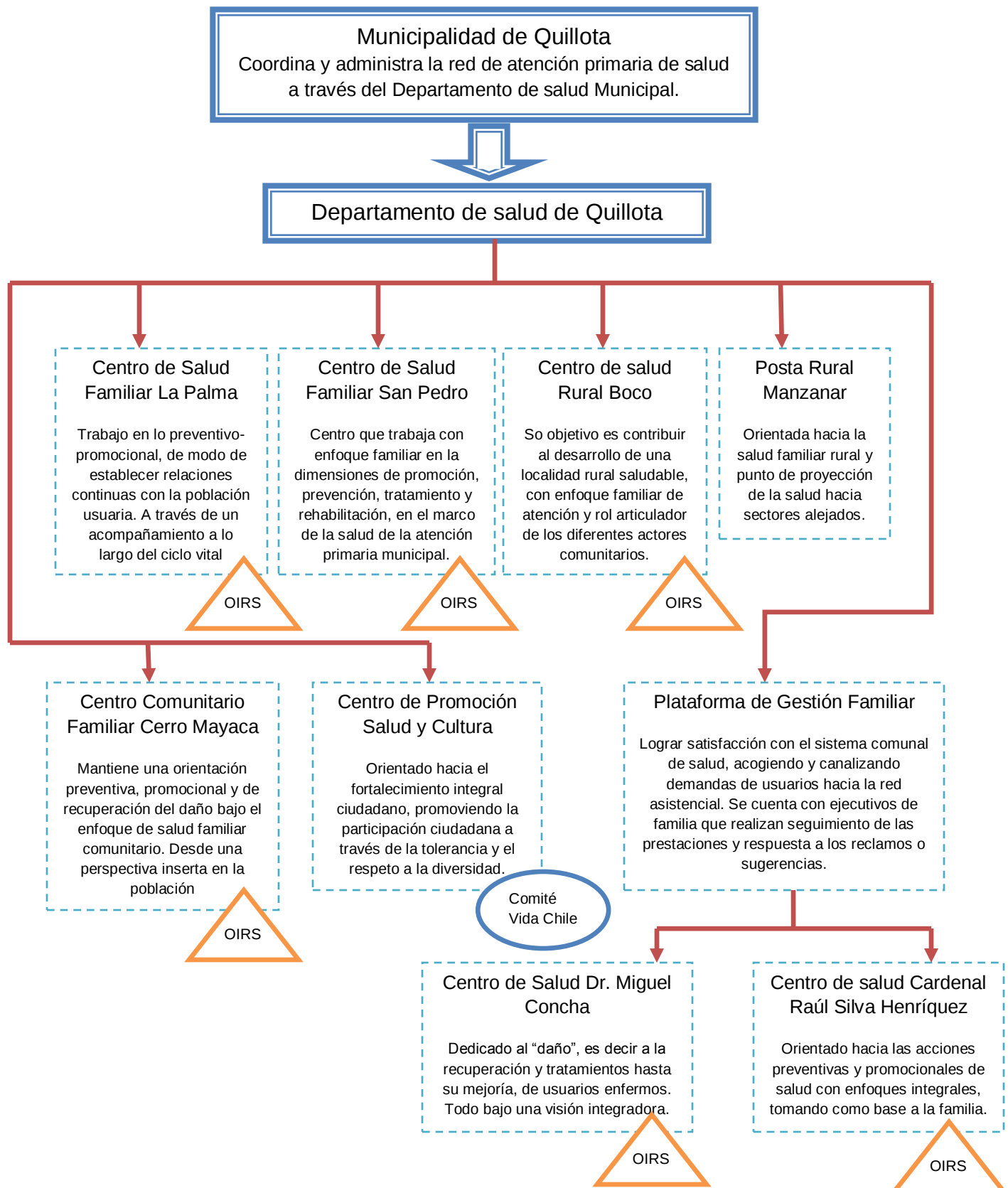
de que los estilos de vida saludables, el sano esparcimiento y el acceso a la cultura son parte importante del sustrato básico para una buena salud.

Para gestionar este modelo se creó una Plataforma de Gestión, a través de un software, que coordinaba las horas medicas, inscribe nuevos usuarios, elabora informes estadísticos, lleva un seguimiento de los reclamos, sugerencias y felicitaciones, siendo la instancia coordinadora en la comuna.

1.5.5 ORGANICA DEPARTAMENTO DE SALUD QUILLOTA

La especialización de los establecimientos se basa en entregarles tareas diferentes a cada uno de ellos, cita al eje central de este modelo, La Promoción de la Salud, separando a las personas que se enferman durante su tratamiento y recuperación, de aquellas personas que reciben prestaciones tal como controles médicos de rutina.

Cuadro nº 1: Estructura del Modelo de Gestión Municipal de Salud, Comuna de Quillota.



CAPITULO II: METODOLOGIA DEL TRABAJO

2.1 TEMA DE INVESTIGACIÓN

“GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN EL MODELO MUNICIPAL DE SALUD DE LA COMUNA DE QUILLOTA”

El desarrollo de esta investigación está orientado a describir el proceso que llevo a la implementación de un modelo de salud municipal propio en contraste con el modelo de salud familiar municipal nacional, a través de un proceso de gestión administrativa en la Ilustre Municipalidad de Quillota.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Al comenzar el planteamiento debemos hacer referencia a los conceptos que buscamos dilucidar sobre el proceso de gestión administrativa desarrollado por el Departamento de Salud Municipal y la variable que significa la aplicación de un modelo propio.

Lo anterior nos lleva al problema de esta investigación es el desconocimiento del efecto que ha producido la gestión administrativa en la implementación del proceso de descentralización en el modelo de salud municipal.

2.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General:

- Describir y evaluar el Modelo de Salud Municipal existente en la Municipalidad de Quillota, a través de una actuación de descentralización.

Objetivos específicos:

- Describir el grado de conocimiento de los usuarios referentes al Enfoque de Salud Familiar y el concepto de salud primaria.
- Describir el grado de conocimiento de los usuarios de las actividades y programas que se desarrollan en distintos establecimientos de salud.
- Detallar el grado de conocimiento de los usuarios referente a la particularidad del Modelo de Salud Municipal y el nivel de apreciación respecto del modelo nacional.
- Determinar las instancias de participación de los usuarios con el Departamento Municipal de Salud.
- Determinar el grado de importancia que los usuarios le brindan a la atención integral por parte de los establecimientos municipales

2.4 RESULTADOS ESPERADOS

Se pretende obtener en base a la información que arroje la encuesta social, sumado a los documentos e información estudiada, una imagen real del impacto de este modelo de salud municipal, sus grados de conocimientos entre la población y si es que ha entregado índices de mejoramiento en prestaciones y el estilo de vida de las personas usuarias.

Para finalizar se comprobará los logros más significativos que se han obtenido durante estos años de marcha del modelo de salud municipal y su injerencia en la comunidad.

2.5 DESCRIPCION CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y ESTABLECIMIENTO DE INDICADORES

En los objetivos de la investigación destacan cuatro indicadores importantes, los cuales son los siguientes:

- **Conocimiento:** “Entendimiento, inteligencia, razón natura”³⁷

³⁷ Diccionario de la Lengua Española, Vigésima Segunda Edición.

El grado de conocimiento se medirá de forma cuantitativa primeramente a través de la encuesta social, para medir los conocimientos de los usuarios sobre las instancias de participación en el modelo de salud Municipal.

Posteriormente para obtener antecedentes normativos se usaran textos, tesis y múltiples documentos obtenidos en internet y las oficinas directivas del Departamento de salud de la Comuna de Quillota.

- **Mecanismo de Participación Ciudadana:** Son las instancias de participación para generar una corriente de entrada hacia al departamento de salud, a través de la participación de los usuarios.
- **Satisfacción:** “Razón, acción o modo con que se sosiega y responde enteramente a una queja, sentimiento o razón contraria.”³⁸

Este grado se medirá a través de la percepción que tienen los usuarios de la calidad de atenciones e impacto en sus vidas sociales

- **Importancia:** “Cualidad de lo importante, de lo que es muy conveniente o interesante, o de mucha entidad o consecuencia”³⁹

La importancia de los usuarios a las instancias no médicas que le brinda el modelo de Salud Municipal.

³⁸ Diccionario de la Lengua Española, Vigésima Segunda Edición.

³⁹ Ídem.

2.6 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La realización de esta investigación se justifica en conocer los efectos y resultados en la aplicación de un modelo municipal sobre la población. La flexibilidad y la innovación se han hecho presentes en esta experiencia, en principio mirado con desconfianza desde niveles centrales, ahora que han pasado varios años desde su aplicación se busca la evaluación desde las bases.

Es indispensable conocer los efectos y comprender la evaluación de los usuarios para tener una visión real de que si un proceso de descentralización y gestión local ha provocado outputs positivos.

2.7 DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA O FUENTES DE INFORMACIÓN SELECCIONADA

La Comuna de Quillota cuenta con 87.120 habitantes y un total de 82.722 usuarios inscritos en FONASA que son considerados usuarios del Sistema de Salud Municipal.

De este universo de estudio se realizara la encuesta social a 80 personas que significan una muestra de 0,1% de la población total inscrita. La orientación es hacia la percepción que tienen ellos como usuarios por lo cual esta herramienta se hace indispensable en su aplicación.

2.8 DESCRIPCION DE LOS INSTRUMENTOS

- Nombre del instrumento: La técnica a utilizar es la Encuesta Social, en donde se obtendrá respuestas a las variables que esperamos dilucidar.
- Características generales: La particularidad de esta técnica es que podremos medir cuatro variables presentes en la investigación: Conocimiento – Participación ciudadana – satisfacción – importancia.

Variables	Preguntas	Alternativas
Conocimiento	¿Cuál es el concepto que usted maneja del enfoque de salud familiar?	a) Que la salud no sólo es un tema biológico sino que también es afectada por otros factores como la familia y el entorno b) Son los controles y curaciones a los miembros de la familia c) Lo he escuchado pero no lo entiendo d) No conozco nada
	¿Qué es para usted la atención de salud primaria?	a) La atención que tengo por derecho como persona b) La primera atención de urgencia frente a accidentes c) La atención de los servicios privados d) Los controles que se le hace a los niños

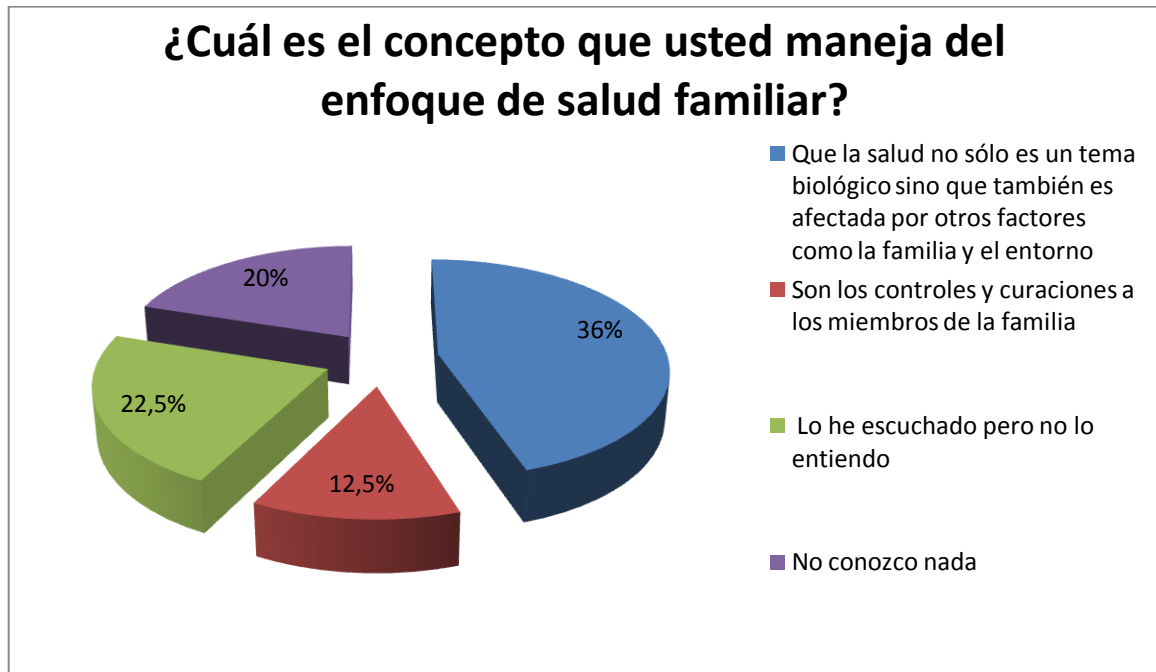
	¿Usted sabía que puede participar en actividades y programadas en los distintos centros de salud?	a) si b) he escuchado hablar pero no se dé que se trata c) No
	¿Usted sabía que la salud Municipal de Quillota es un modelo propio adaptado a las características de la Comuna?	a) Si, tenía conocimiento b) Había escuchado algo al respecto c) No lo sabía
	¿Cuál es su visión de la salud municipal en comparación con la nacional?	a) Es mejor que la salud nacional b) Tiene el mismo nivel c) Es peor que la salud nacional
Participación Ciudadana	¿Usted se informa detalladamente de lo que contiene la cuenta Pública, y de cómo se distribuyen los recursos municipales?	a) No porque es difícil entenderla b) No porque no hay acceso a la información necesaria c) Si se encuentra en la página web d) Si, se solicita en la Municipalidad e) No me interesa

	¿Usted participa de alguna actividad fuera de las atenciones y controles de salud, en el departamento de salud?	a) Si activamente b) Sólo un par de veces c) No he tenido oportunidad d) No tenía conocimiento
Satisfacción	¿Usted está satisfecho con el trato personalizado de los equipos de salud?	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo
	¿Usted siente que puede participar activamente en actividades sociales y culturales en los centros de salud?	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo
	¿Está usted satisfecho con el departamento de salud en comparación con otras comunas?	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo

Importancia	¿Considera que el equipo de salud tuvo una atención personalizada?	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo
	¿Usted siente que pertenece y es considerado por el Departamento de salud?	a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo
	¿Cuál es el elemento más importante para usted después de la atención de salud?	a) La promoción de estilos de vida saludable b) El compromiso particular de los equipos de salud con su familia c) El espacio a la cultura y el intercambio social d) La acogida a sus reclamos y sugerencias e) La distribución de los Centros de atención f) La disminución del tiempo de espera para atención

2.9 ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS

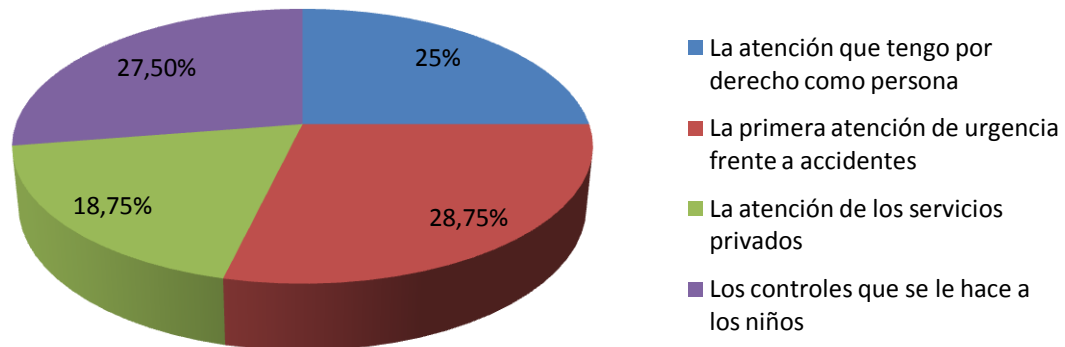
a. Conocimiento



Al consultar a los usuarios sobre el concepto de salud familiar el 36% de los encuestados responde de forma acertada y reconoce que hay elementos sociales que afectan la condición biológica. Esta respuesta se logra gracias a los mecanismos de información y que generalmente se conseguían a través de las conversaciones y charlas de inducción con personal de salud. A la vez un 20% de los encuestados no conocía este concepto lo que denota que hay un porcentaje que apela a la poca relación que hay con funcionarios.

Un 22,5% de los encuestados ha escuchado o leído este concepto pero no le ha puesto mayor atención. Cabe mencionar que los que conocen el concepto legitiman el modelo ya que sienten que el trabajo se orienta a si realidad entregando una de las bases de los procesos descentralizadores que es lo usuarios legitimen el modelo particular.

¿Qué es para usted la atención de salud primaria?

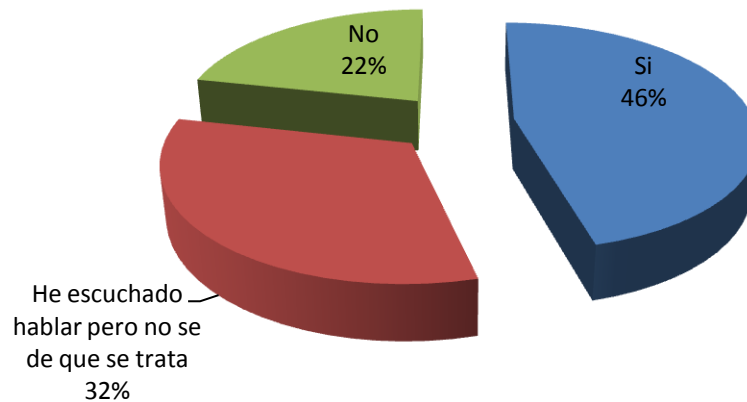


Al consultarles sobre la atención primaria de salud que denota el proceso de diagnóstico, prevención curación y rehabilitación siendo esta considerada como un derecho por nuestra legislación, se produce que el 28,75% tienda a considerar que se trata de atención de urgencia al producirse una confusión de palabras. Posteriormente el 25% de los encuestados maneja la salud primaria como un derecho y menciona que esta idea es sacada de las informaciones que se muestran en televisión y considerar que lo público es un derecho.

Un 18,75% de los encuestados considera que la atención primaria es la que se puede entregar en los servicios privados lo que significa una confusión al considerar que el dinero significa atención inmediata.

En este caso denota una falta de conocimiento general ya que sólo un cuarto de los entrevistados maneja el concepto.

¿Usted sabía que puede participar en actividades y programadas en los distintos centros de salud?

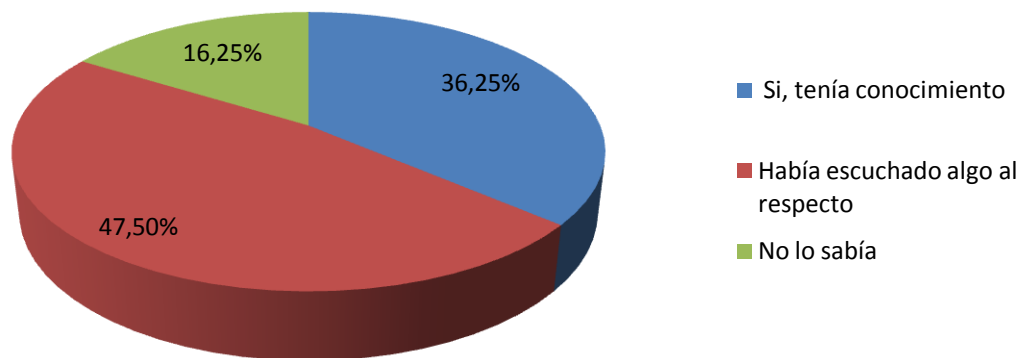


Un 47,75% de los entrevistados conoce que en el Departamento de Salud de Quillota se realizan actividades ajenas a las atenciones médicas y un 33,75% ha escuchado de estas instancias pero no se ha interiorizado. Sólo un 22,50% no conocía estas instancias.

Lo anterior significa que se realizan esfuerzos para la difusión, invitación y constantemente se realizan muestras en los establecimientos de salud en donde se da a conocer estas actividades.

Se demuestra a través de esta pregunta que las instancias de participación son públicas lo que ayuda al compromiso entre lo civil y lo municipal, denotando un importante elemento en la implementación de un modelo descentralizado que es el trabajo en conjunto con la población local.

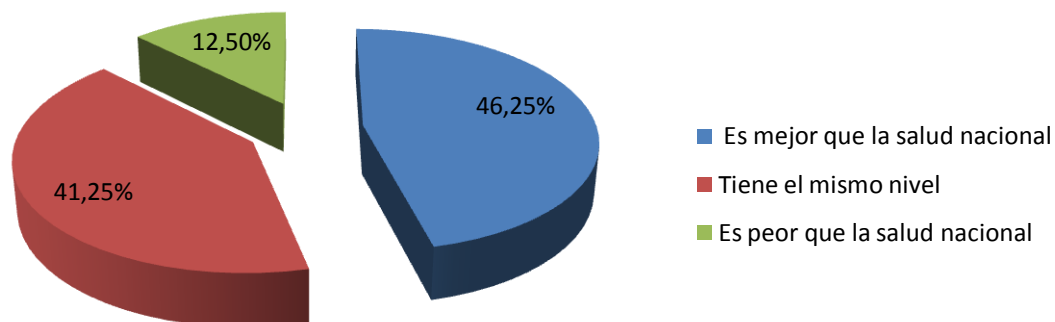
¿Usted sabía que la salud Municipal de Quillota es un modelo propio adaptado a las características de la Comuna?



En esta pregunta un 47,50% responde que tenía algún conocimiento pero no tenían claridad de lo que esto significaba. Se complementa con el 36,25% que tienen claridad del concepto, siendo la mayoría la que declaraba que tenía este conocimiento por la publicidad grafica en los establecimientos.

Un porcentaje bajo de 16,25% no tenían conocimiento pero se demostraron sorprendidos al enterarse durante la encuesta. En general se tuvo una sensación de pertenencia al tocar esta pregunta ya la identidad de la comuna de Quillota, considerada por los mismos encuestados, no es tan fuerte como ciudades vecinas como La Calera, por lo cual esta situación de contar con un propio modelo da un sentimiento de arraigo.

¿Cuál es su visión de la salud municipal en comparación con la nacional?



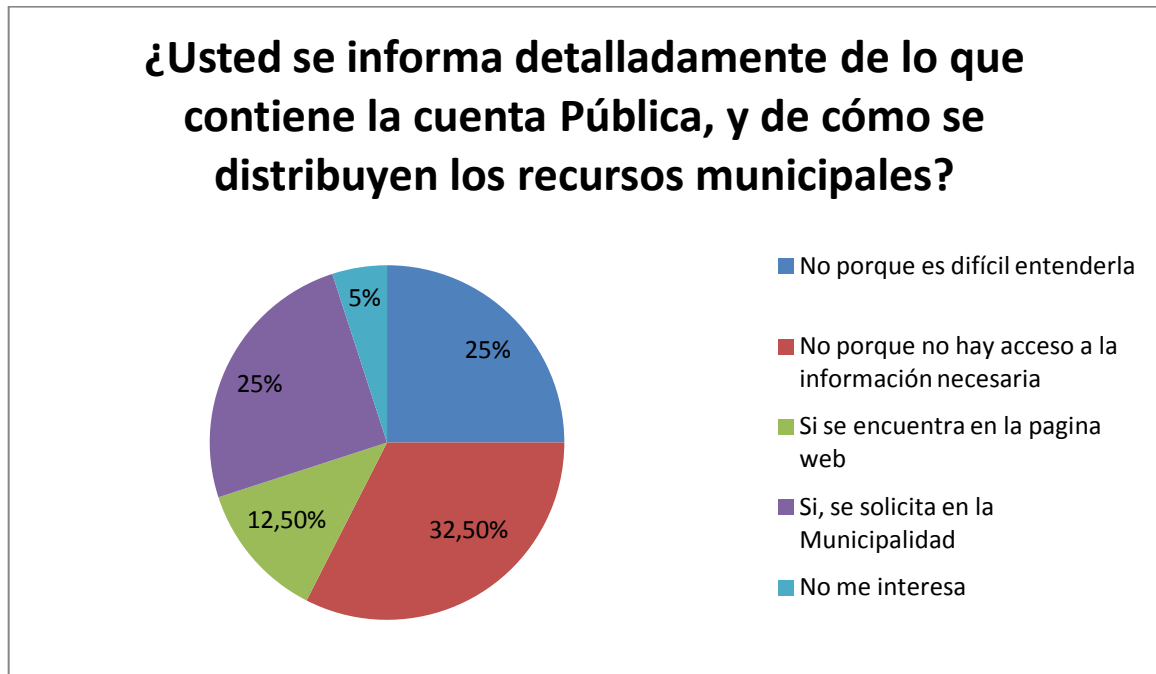
Esta pregunta se orientó a la comparación de percepción de la salud nacional y la municipal. Los resultados nos dicen que un 46,25% considera que la salud de Quillota es mejor que la nacional, principalmente se comentó el concepto de la cercanía de los centros de salud y de la separación de la prevención de la salud y el daño, pues esto hace que no se mezclen enfermos con sanos. Fue reiterativa que esta situación ayudó bastante en el brote de la gripe H1N1 en el 2009.

El 41,25% que considera en el mismo nivel comentaba que era porque en la televisión se muestran las colas y en Quillota también sucede.

El 12,50% que considera peor la atención que la nacional hacía referencia a que en todos los lugares la salud es de mala calidad.

Se puede dilucidar que en esta pregunta se obtiene una de sus particularidades del modelo de Quillota que es la separación de sus centros, lo que favorece la descentralización administrativa al poder contar con flexibilidad en el ordenamiento de sus establecimientos.

b. Participación Ciudadana

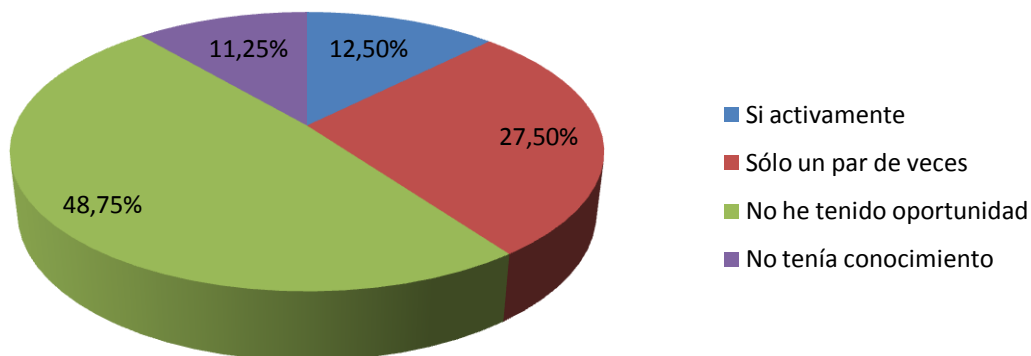


En esta pregunta se orienta a la labor crítica y fiscalizadora de los usuarios en la distribución de los dineros y sus aplicaciones. La mayoría fue un 32,50% que responde de la falta de acceso a esta información, apelan a falta de tiempo y el desconocimiento de cómo obtenerla. El 25% responde que los dineros de las reparticiones públicas y presupuestos son muy engorrosos y que no se entienden. Un 25% responde que eso está en la municipalidad pero que no irían a solicitar esta información.

Un 5% responde que no le interesa pues existe desconfianza hacia estos dineros y que no entenderían así que bajo estos motivos no se molestan.

Es un tema importantísimo la distribución de los recursos y comprobar los avances en infraestructura y programas que se desarrollan anualmente, pero el excesivo tecnicismo de esta materia la hace no atractiva para su investigación. Podemos obtener un elemento que es necesario transparentar para así entregar confianza y comprobar que la cuenta pública frente a las autoridades no es suficiente.

¿Usted participa de alguna actividad fuera de las atenciones y controles de salud, en el departamento de salud?



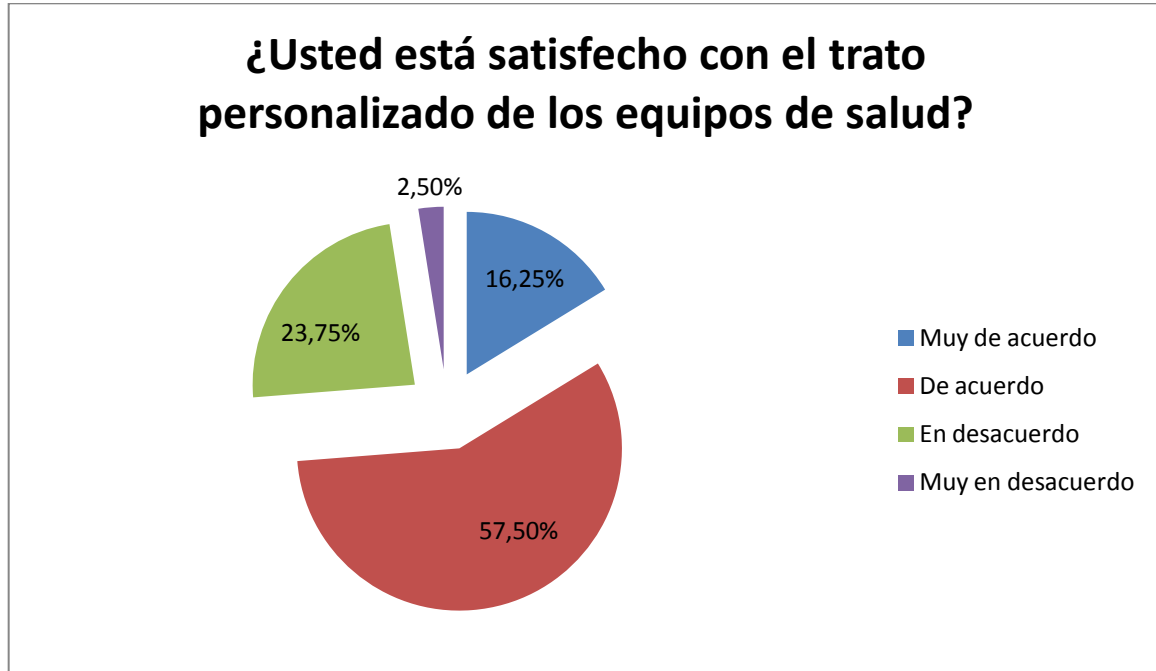
Una de las primicias del Departamento de Salud es la participación ciudadana en los distintos programas que existen para la población. En esta pregunta obtenemos que sólo un 12,50% de los entrevistados participa activamente, la mayoría de las personas entrevistadas y que tomaron esta opción son los que se mantenían en el Centro de Promoción y Cultura.

Un 27,50% ha participado de forma esporádica en los distintos programas tales como fomento a la actividad física, actividades comunitarias, entre otros, pero por falta de tiempo no ha podido seguir.

El 48,74% responde que no ha tenido oportunidad hace referencia a la falta de tiempo y la vergüenza como excusa. Comentaban que siempre se enteran de estos programas por la publicidad grafica en los establecimientos.

Si bien es cierto hay instancias de participación y los usuarios generan buenas experiencias se ven limitados por la falta de tiempo, pero expresan agradecimientos y dicen sentir pertenencia al departamento de salud.

c. Satisfacción

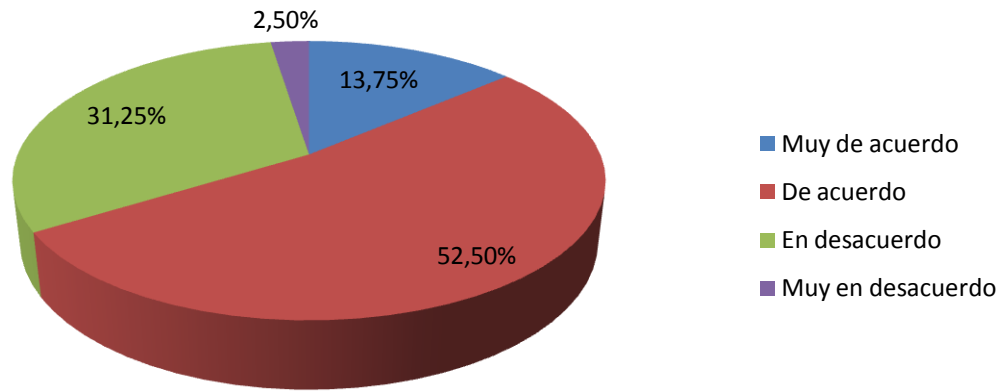


Al comenzar hablar de satisfacción un 57,50% de los usuarios demuestra satisfacción por el trato personalizado de los equipos de salud, elemento característico del enfoque de salud familiar y que el Modelo de Quillota busca fomentar, sumado al 16,25% de los usuarios que demuestra una buena satisfacción, obtenemos un indicador de que la orientación hacia los usuarios.

El 23,75% y el 2,50% que se demostraban en desacuerdo y muy en desacuerdo con la pregunta se justificaban en malas experiencias anteriores lo que producía un efecto de generalidad y de creencia que los funcionarios generalmente se dedicaban a perder el tiempo.

Si viene s cierto hay un prejuicio con los funcionarios y sus funciones, se puede obtener que el trabajo desarrollado por el Departamento de salud orientado hacia las familias ha hecho un reconocimiento de esta situación.

¿Usted siente que puede participar activamente en actividades sociales y culturales en los centros de salud?

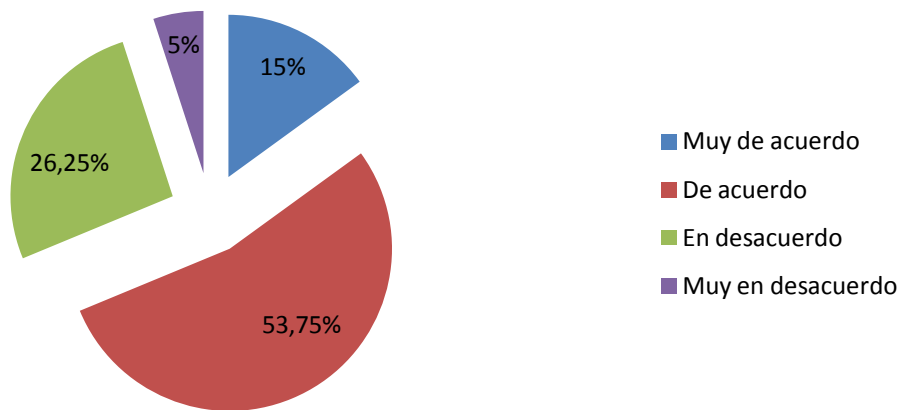


Esta pregunta está orientada hacia la potencialidad de participación, de los usuarios, en actividades dirigidas a hacia prevención y fomento de ciudadanía. Un 52,50% comenta que están de acuerdo con esta consulta, pero citan nuevamente el tema del tiempo pero a la vez muestra un entusiasmo ya que se desempeñarían en actividades productivas.

El 31,25% que se muestra en desacuerdo comentan que por razones de no compartir con personas de su grupo social y por razones de tiempo no lo harían.

Obtenemos un porcentaje alto de potencialidad de personas que les interesaría participar en estas actividades pero se denota la falta de motivación y la importancia de llevar estos programas a las usuarios.

¿Está usted satisfecho con el departamento de salud en comparación con otras comunas?

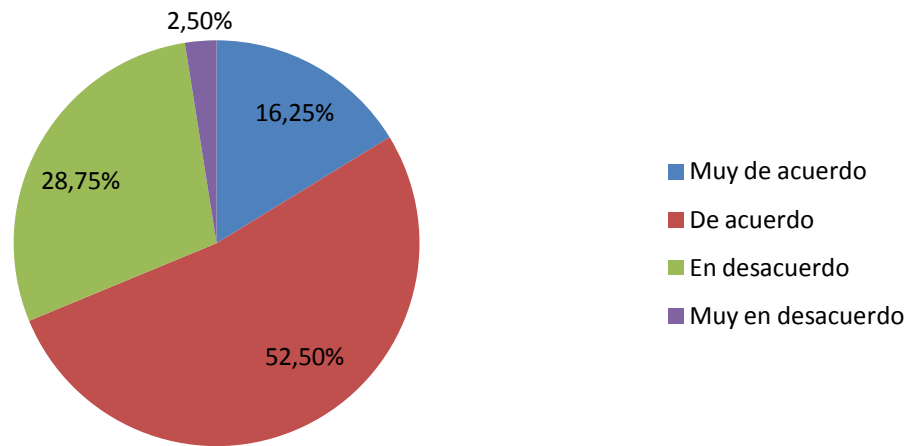


Esta pregunta se realizó bajo la concepción del explosivo aumento de usuarios inscritos en los registros del Departamento de Salud, no sólo por el crecimiento de la población sino porque usuarios de otras comunas se inscriben en los registros de Quillota.

Un 53,75% se muestra de acuerdo con la concepción de comparación con otras comunas, una de las principales respuestas fue el centralismo de las atenciones en los mismos centros (esto se debe al modelo nacional de salud familiar que propone que los Centros de Salud Familiar, CESFAM, mantienen la prevención y curación de enfermedades en un mismo establecimiento) Que si viene s cierto es más cómodo se produce un atochamiento mayor.

Los 26,25% de usuarios que se demostraron en contra de esta afirmación utilizando la información de falta de infraestructura macro.

¿Considera que el equipo de salud tuvo una atención de respeto?

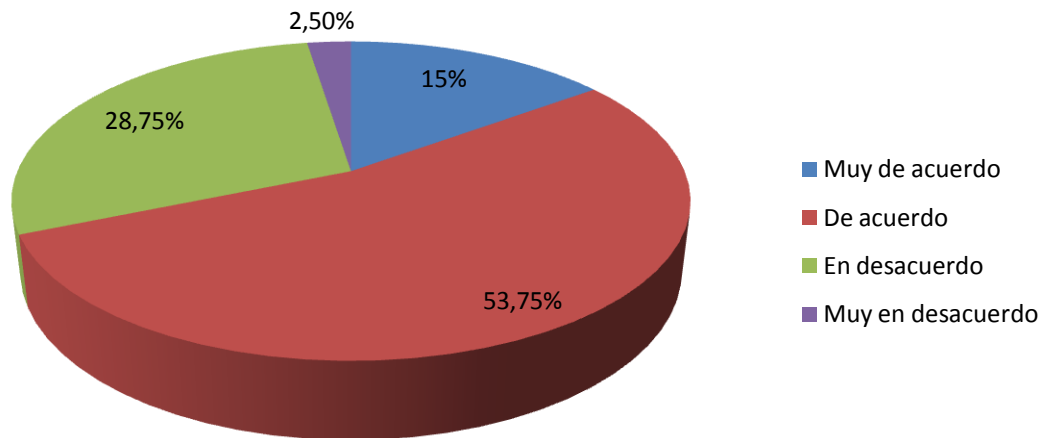


El, 52,50% de los usuarios se demostraron de acuerdo con esta afirmación ya que al trabajar en grupos familiares hay un conocimiento de los funcionarios y se trabaja con equipos de cabecera, elemento del modelo propia de salud municipal de Quillota.

El 28,75% de los usuarios que se demostraron en desacuerdo fue por experiencias pasadas, pero reconoce que es difícil no generalizar.

Los resultados de esta pregunta generan que los modelos de gestión particulares no sólo se aplican a planes municipales sino también a las bases, como lo es el contacto entre los funcionarios y los usuarios.

¿Usted siente que el Departamento de salud le ha ayudado en su ambito personal?



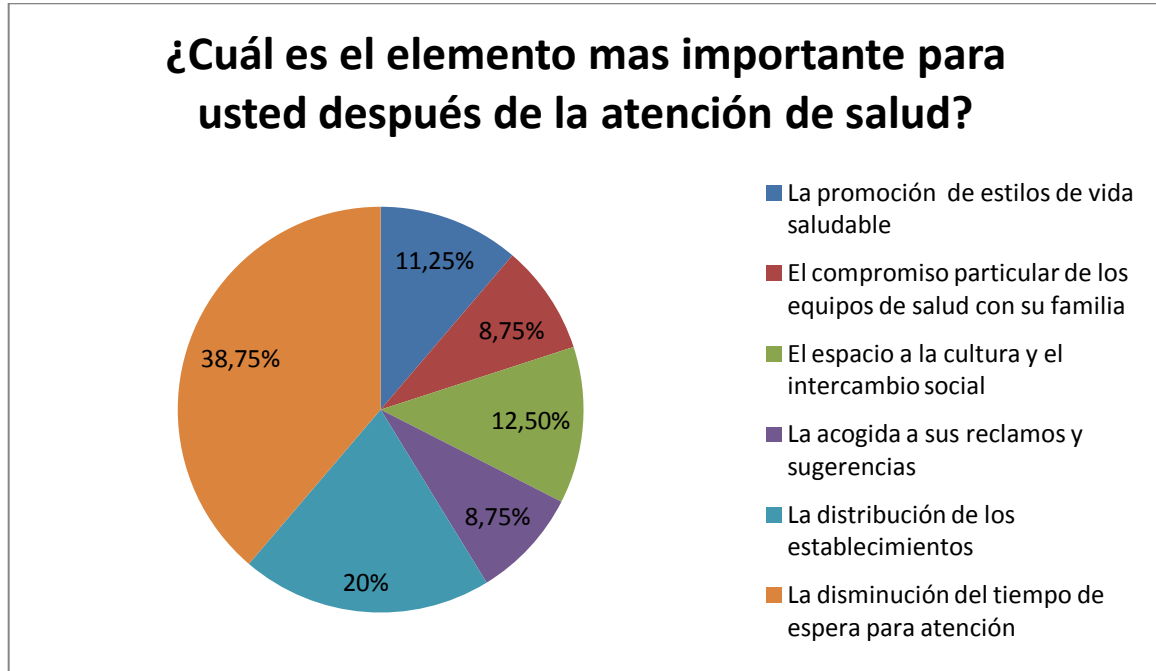
La obtención de los resultados van en directa relación a los problemas que se generan cuando un miembro de la familia está aquejado de una enfermedad, produce una serie de complicaciones ya sea en el trabajo y sobre todo por los cuidados que se le deben generar por partes de sus familiares. Ese fue el principal comentario de los 53,75% de los usuarios que se demostraron de acuerdo.

El 15% respondió que estaba muy de acuerdo, se refería a la relación que habían logrado con los funcionarios y que habían logrado lazos de amistad o de cariño.

El 28,75% de los usuarios que se demostraron en desacuerdo se debió a que consideraban que era la obligación de los centros de salud atenderlos y que lo veían como un trámite.

La generalidad de las respuestas apunta a que las personas no sólo buscan una atención médica sino también una relación humana con los funcionarios y con las instituciones.

d. Importancia



Al hablar de los elementos más importantes después de las atenciones de salud, un 38,75% de los usuarios respondieron que lo más importante es la disminución del tiempo de espera para la atención. También uno de los elementos que complementaron esta respuesta fue los tiempos de espera en la obtención de número para la atención de especialidades.

El segundo elemento relevante fue la distribución de los establecimientos de salud, el mejor caso es el CECOF del Cerro Mayaca, en donde se tiene la prevención y tratamiento de salud inserta en el barrio.

Otro elemento que agradecen son las instancias de espacios de intercambio social, pues en los establecimientos siempre hay información y algunas muestras de trabajos que realizan los grupos.

Seguido de un 11,25% está la promoción de vida saludable, la gente reconoce que las campañas en televisión han tenido una injerencia en la idea de este concepto, pero que generalmente por problemas de tiempo y dinero no siempre se opta por lo más sano.

CAPITULO III: PROPUESTA TÉCNICA

Al contar con los resultados de la encuesta social resulta evidente la realización de corrección de ciertos puntos, pero no debemos desconocer que la evaluación de los efectos del modelo de salud comunal ha entregado una buena evaluación de criterios estructurales como lo es el enfoque particular de las atenciones, entre otros.

3.1 MODELO DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA PARA CORRECCIÓN EN MODELO DE SALUD MUNICIPAL DE LA COMUNA DE QUILLOTA

3.1.1 PRINCIPIOS BÁSICOS

El municipio como institución político administrativa del Estado, tiene las atribuciones y las capacidades para impulsar una política de desarrollo local integrado, reconociendo entre sus principales potencialidades, la integración de los componentes territoriales y el trabajo de redes locales, articuladas para alcanzar el desarrollo de políticas sociales y económico productivas con el sello de las propias características comunales.⁴⁰

Estas nuevas propuestas se verán expresadas en el Plan de Desarrollo Comunal, PLADECO, con todas sus atribuciones esenciales.

El Alcalde delegara en el Departamento de Salud el desafío de:

- Articular, conectar y cohesionar la oferta social desde los órganos superiores del Estado, para ofrecer a la población una política de salud integral que apunte al mejoramiento de la calidad de vida, la reducción de la pobreza, la desigualdad y que respete el medio ambiente.
- Asegurar a la población el acceso universal a las acciones de salud que correspondan al territorio comunal, independientes de las condiciones

⁴⁰ MINSAL, “Modelo de Gestión en Atención Primaria de Salud Municipal” Pág. 78.

socioeconómicas, de género o etnia, de manera oportuna, con la mejor calidad y una estrecha coordinación con la red asistencial a la cual pertenece.⁴¹

3.1.2 ELEMENTOS NORMATIVOS DE CORRECCIÓN

- a) Constitución de un Equipo Gestor de Corrección. Para mantener una política local debemos mantener el enfoque integral, por lo cual este equipo gestor deberá constituirse por:

- ❖ Equipo del Departamento de Salud
- ❖ Alcalde y Consejo Municipal
- ❖ Actores privados de injerencia
- ❖ Organizaciones comunitarias
- ❖ Otros

Este equipo debe impulsar el desarrollo de forma sistemática orientado a cumplir con los objetivos nacionales de salud y fomentando el desarrollo local integrado.

- b) Se deben disponer recursos financieros, estructurales y humanos para la corrección en la entrega de números para atención de especialidades y de atención secundaria de salud. Junto a lo anterior se debe generar una instancia de coordinación y debate en el Equipo Gestor de Corrección, en especial con los representantes de las redes asistenciales.

También se hace relevante el caso de llevar los programas y actividades sociales y de prevención que se realizan, porque la población presente una potencialidad de participación pero necesita que estos programas vayan hacia ellos.

- c) Bajo el mismo concepto es necesario trabajar en transferir los datos financieros de la organización en formato sencillo y entendible para los usuarios en general, pues el conocimiento entrega legitimación y actividad en la población inscrita.
- d) Actualmente funciona en el Departamento de Salud la Plataforma de Gestión Familiar, en donde son recibidos, por una ejecutiva de familia, los reclamos,

⁴¹ Ídem, Pág. 86.

sugerencias y felicitaciones. Uno de los elementos reiterativos en la encuesta social era el prejuicio hacia los funcionarios por cierto porcentaje de la población inscrita. La ejecutiva de familia no sólo debe trabajar con los usuarios en el seguimiento de estas instancias de inputs, sino también con los funcionarios.

- e) El sentido de pertenencia al territorio, a la cultura, a la arquitectura, a la población, a la ciudad y sus instituciones debe ser potenciado a través de publicidad gráfica, visual, auditiva y activa en dar a conocer primeramente que el Modelo de salud Municipal es particular de la Comuna y las diferencias que se hacen con el modelo nacional y de otras comunas.

IV. CONCLUSIÓN

Al hablar de descentralización es indudable que mencionamos la estructura formal de la capacidad de goce de una personalidad jurídica y de un patrimonio, pero a través del desarrollo de esta tesis surgen otros conceptos informales como la motivación, la identidad local, el liderazgo, innovación, compromiso con lo local, la realidad diaria de cada zona, entre otros, elemento que son impulsores de iniciativas locales orientadas hacia la satisfacción las necesidades reales comunales.

La descentralización político administrativa es una condición necesaria pero no suficiente para lograr una autentica descentralización del sistema. Como ya se dijo, debe existir en el espacio local una sociedad rica en iniciativas, capaz de ser receptora del poder que le transfiere la descentralización. Es necesario que se produzca una articulación entre, lo que, desde el centro, se descentraliza, con las acciones que se generan en el espacio local. El factor de éxito de este proceso será la presencia, antes mencionada, de actores gestores de desarrollo local.

Lo anterior entrega la pauta de acción y dirección para que iniciativas como la de la Municipalidad de Quillota hayan sido llevadas a cabo. En donde se trabajo en una complementariedad de los componentes del sistema nacional y la estructura local para, generar a través de la flexibilidad, innovación y creatividad de un Modelo Municipal de Salud que respondiera a la realidad de la comuna, que se presentara bajo concepto de Modelo de Salud Integral de Quillota.

Las múltiples líneas de trabajo que se plantearon en un comienzo llevaban a un camino con demasiados factores, variables y en demasía estructura formal para lograr un modelo propio de salud. Pero el trabajo coordinado entre los niveles centrales y locales, el trabajo en conjunto entre los actores locales tales como funcionarios, políticos, establecimientos educacionales, juntas vecinales, transportistas, profesionales de la salud y la administración, ayudaron a crear corrientes de entrada a un sistema en creación, que se ha ido adaptando a los cambios sociales, epidemiológicos, políticos y tecnológicos actuales, pero se ha logrado mantener gracias a la innovación, perseverancia de un gran sentimiento arraigado en lo local, la descentralización de atribuciones y funciones y la presencia de masa crítica.

Actualmente se está en un proceso de evolución y perfeccionamiento frente a nuevas demandas de los usuarios, pero algo es seguro, que las adaptaciones y requerimientos serán atendidos directamente ya que las modificaciones se realizaran a nivel local y en contacto constante con los actores relevantes. Y no a la espera de un cambio estructural de un modelo nacional de salud.

V. BIBLIOGRAFÍA

TEXTOS:

- ✓ Ministerio de Salud. “Discurso estratégico de la Reforma”, 2001.
- ✓ “Participación Ciudadana en Salud en Localidad Rururbana de la Comuna de Quillota”, ¿De Qué Tipo De Participación Estamos Hablando? La Experiencia de Boco Sur. Alumna tesista Alejandra Ochoa Ringeling, Facultad de Sociología, Universidad Académica de Humanismo Cristiano. Agosto 2007, Provincia de Quillota Chile.
- ✓ Ochoa, Alejandra, “Percepción de los usuarios sobre establecimientos de Atención Primaria Municipal de la Salud en la Comuna de Santiago”, Práctica profesional no publicada, Municipalidad de Santiago, segundo semestre 1998.
- ✓ Compromiso de Ottawa, Canadá, Noviembre 1986.
- ✓ El Compromiso de Chile para la Promoción de la Salud, Santiago de Chile, Octubre 2002.
- ✓ Carta de Bangkok para la Promoción de Salud en un mundo globalizado, Agosto 2005.
- ✓ Construyendo la nueva agenda social desde la mirada de los Determinantes Sociales, Santiago de Chile, Diciembre 2005.
- ✓ Decreto de Ley Nº 2.763, Artículos 1º, actualizado por la Ley Nº 19.937, del 24 de febrero de 2004.
- ✓ Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto Nº 136/04 del 21 de abril de 2005.
- ✓ Ley 19.888, del 14 de julio 2003
- ✓ Ley 19.937, del 24 de febrero 2004.
- ✓ Ley 19.966, del 3 de septiembre del 2004.
- ✓ Ley 20.015, del 17 de mayo del 2005.
- ✓ Decreto Ley Nº 2.763, Artículo Nº 9º, actualizado por la Ley 19.937, del 24 de febrero de 2004.
- ✓ Organización Mundial de la Salud. “Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de salud. Alma Ata” URSS, 6 – 12 de Septiembre de 1978.

- ✓ MINSAL, “De Consultorio a centro de salud. Marco Conceptual”, segunda edición, Junio 1997.
- ✓ MINSAL, “División de la Gestión de la Red Asistencial: Modelo Integral de Atención de Salud”, Subsecretaría de Redes, marzo 2005.
- ✓ Susan H. McDaniels, Thomas L. Campbell, David B Seaburn. 1990. “Orientación Familiar en Atención primaria, Manual para médicos de familia y otros profesionales de la salud”. Springer-Verlag New York Inc.
- ✓ José Arocena. El Desarrollo Local. Un Desafío Contemporáneo. Centro latinoamericano de Economía Humana (CLAEH), Universidad Católica del Uruguay, Editorial Nueva Sociedad. Venezuela, 1995.
- ✓ Los agentes de desarrollo. Fernando Barreiro en Cuadernos del CLAESH N° 45-46 Montevideo 1988.
- ✓ Diccionario de la Lengua Española, Vigésima Segunda Edición.

DIRECCIONES INTERNET:

- ✓ www.sinim.cl
- ✓ www.quillota.cl
- ✓ www.saludquillota.cl
- ✓ www.scribd.com/doc/23397494/Los-Origenes-de-Quillota
- ✓ www.penud.cl
- ✓ www.ine.cl

ANEXOS

Tabla de Datos Tabulados de Encuesta Social

	Pregunt a	1				2				3			4			5			6				
N o	Nombre s	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	a	b	c	a	b	c	a	b	c	d	e
1	Ernesto Palma Perez	x				x				x				x		x				x			
2	Claudio Ramirez Ojeda		x				x			x				x			x				x		
3	Jaime Rojas Gutierrez				x	x				x				x		x				x			
4	Michael Escobar Zamudio			x					x	x					x			x	x				
5	Olga Miranda Valdivia	x				x				x			x			x				x			
6	Nadia Herrera Leon	x					x				x		x			x				x			
7	Barbara Pereira Gomez			x			x					x	x			x				x			
8	Rosa Lucero Fuentes				x				x			x		x				x	x				
9	Javiera Garrido Arenas			x				x			x			x		x					x		
10	Flor Gonzalez Tello	x					x				x		x			x					x		
11	Margarita Cartagena Muñoz	x							x		x			x				x	x				
12	Juan Machuca Rojas		x					x		x				x		x				x			
13	Waldo Herrera Bravo		x			x				x			x				x			x			
14	Daniel			x				x		x			x			x					x		

	Sandova I Gonzalez																						
3 2	Ericka Bustamante Morales	x				x				x				x		x					x		
3 3	Nicol Soto Martinez	x				x				x			x			x							x
3 4	Valentina Rojas Peñaloza			x			x					x			x				x	x			
3 5	Sebastián Soto Hernandez	x				x						x		x		x							x
3 6	Daniela Salas Huerta	x							x		x		x				x				x		
3 7	Patricia Torres Sanchez	x							x		x			x		x					x		
3 8	Milton Acuña Cubillos		x				x			x				x			x			x			
3 9	Macarena Vilches Orellana				x			x				x			x		x			x			
4 0	Cristian Tapia Salas	x				x				x			x			x				x			
4 1	Marta Vargas Vidal	x							x	x			x			x							x
4 2	Valeska Araya Navarrete			x			x				x			x					x				x
4 3	Natalia Vicencio Troncoso			x			x				x		x			x						x	
4 4	Francisca Donoso Palma		x					x		x						x	x				x		
4 5	Mauricio Calderon Droguett				x			x			x			x			x						x
4	Alexis	x				x				x				x			x		x				

6	Figueroa Solar																					
4	Yennifer Garay Zuñiga			x			x	x				x	x								x	
4	Maria Rojas Valenzuela	x				x		x				x		x		x						
4	Trinidad Gonzalez Guevara		x			x				x			x		x						x	
5	Daniela Duarte Pereira	x				x		x			x				x				x			
5	Andres Guerrero Aravena			x				x			x			x	x						x	
5	Macarena Toro Donoso			x				x	x				x			x		x				
5	Paulina Verdello Nuñez	x				x		x				x					x	x				
5	Victor Olivos Alarcon	x				x					x			x		x					x	
5	Ivan Maldonado Gonzalez			x			x				x			x		x					x	
5	Javiera Jara Navarrete				x			x			x		x		x					x		
5	Paulina Fuentes Reyes	x				x				x		x					x	x				
5	Bastian Castillo Riquelme	x						x		x		x				x					x	
5	Macarena Gonzalez Collao	x						x	x			x			x					x		
6	Nicolas Rojas Garcia			x			x			x					x			x				
6	Patricio Zuñiga Lira		x					x		x			x			x					x	

6 2	Yanira Caceres Jeria			x			x		x			x		x				x			
6 3	Camilo Fuentes Cartage na	x				x				x		x				x					x
6 4	Andrea Trujillo Arredon do	x					x				x		x			x					x
6 5	David Ramirez Astorga			x				x			x			x			x	x			
6 6	Franch esca Vasquez Mellado				x			x		x						x					x
6 7	Fernand a Vergara Aguilera			x				x			x		x				x	x			
6 8	Gonzalo Vera Castro	x				x				x			x			x			x		
6 9	Martina Cabrera Cabello	x				x				x			x		x						x
7 0	Rodrigo Osorio Diaz			x			x			x			x			x					x
7 1	Luis Moscoso Caris			x			x			x			x			x			x		
7 2	Claudio Lucero Rojas	x						x	x					x	x						x
7 3	Lorena Urzua Yañez			x				x	x			x				x		x			
7 4	Mariso Oliva Silva				x			x			x	x				x			x		
7 5	Luis Hidalgo Cornejo	x				x				x			x			x				x	
7 6	Ivette Villanue va Meza	x				x				x			x			x			x		
7 7	Cristina Peña Cortez			x			x			x		x				x		x			
7 8	Denisse Caldero	x						x			x			x	x						x

15	Patricia Morales Ortiz		x				x				x					x	
16	Camila Ibarra Perez			x			x				x					x	
17	Daniela Rojas Acevedo			x			x				x					x	
18	Carla Correa Correa				x			x				x				x	
19	Eduardo Reyes Aguilera				x			x				x				x	
20	Victoria Martinez Astudillo			x				x			x					x	
21	Roberto Perez Arenas			x			x				x					x	
22	Paulina Contreras Rojas			x			x				x					x	
23	Ronaldo Burgos Andrade		x					x			x						x
24	Adrian Tapia Escobar			x			x				x					x	
25	Marco Villagra Jara		x				x				x						x
26	Valeria Villanueva Gonzalez			x			x				x				x		
27	Javier Castro Guzman			x				x			x				x		
28	Estefania Torres Muñoz			x			x				x				x		
29	Fernanda Diaz Orellana			x			x					x				x	
30	Nelson Carreño Garrido				x			x				x					x
31	Fernando Sandoval Gonzalez			x			x				x					x	
32	Ericka Bustamante Morales			x			x				x						x
33	Nicol Soto Martinez		x				x					x					x
34	Valentina Rojas Peñaloza			x			x				x					x	
35	Sebastian Soto Hernandez			x			x				x					x	
36	Daniela Salas Huerta				x			x				x				x	

37	Patricia Torres Sanchez			x			x				x					x	
38	Milton Acuña Cubillos		x					x			x					x	
39	Macarena Vilches Orellana			x		x						x					x
40	Cristian Tapia Salas	x					x					x					x
41	Marta Vargas Vidal			x				x			x					x	
42	Valeska Araya Navarrete			x		x					x					x	
43	Natalia Vicencio Troncoso	x					x				x				x		
44	Francisca Donoso Palma	x					x					x				x	
45	Mauricio Calderon Droguett		x					x				x				x	
46	Alexis Figueroa Solar	x						x					x				x
47	Yennifer Garay Zuñiga				x					x			x				x
48	Maria Rojas Valenzuela				x			x				x					x
49	Trinidad Gonzalez Guevara				x				x					x			
50	Daniela Duarte Pereira			x				x					x				x
51	Andres Guerrero Aravena				x				x				x				x
52	Macarena Toro Donoso					x			x				x				
53	Paulina Verdello Nuñez	x					x					x				x	
54	Victor Olivos Alarcon				x				x					x			
55	Ivan Maldonado Gonzalez			x				x					x				
56	Javiera Jara Navarrete				x				x							x	
57	Paulina Fuentes Reyes			x					x							x	

58	Bastian Castillo Riquelme			x			x					x			x		
59	Macarena Gonzalez Collao	x					x					x			x		
60	Nicolas Rojas Garcia			x			x					x			x		
61	Patricio Zuñiga Lira		x				x					x			x		
62	Yanira Caceres Jeria			x			x					x			x		
63	Camilo Fuentes Cartagena		x			x					x				x		
64	Andrea Trujillo Arredondo			x				x				x			x		
65	David Ramirez Astorga		x				x					x				x	
66	Franchesca Vasquez Mellado		x				x					x				x	
67	Fernanda Vergara Aguilera			x			x					x				x	
68	Gonzalo Vera Castro			x				x				x				x	
69	Martina Cabrera Cabello		x					x			x					x	
70	Rodrigo Osorio Diaz			x			x				x					x	
71	Luis Moscoso Caris		x					x			x					x	
72	Claudio Lucero Rojas		x				x					x					x
73	Lorena Urzua Yañez	x						x				x					x
74	Mariso Oliva Silva	x					x					x				x	
75	Luis Hidalgo Cornejo		x				x					x					x
76	Ivette Villanueva Meza	x					x						x				x
77	Cristina Peña Cortez			x		x					x					x	
78	Denisse Calderon Hernandez		x			x						x				x	
79	Ricardo Ubilla Quezada			x			x					x				x	
80	Melissa Vidal				x			x			x					x	

	Saavedra																
	Total	10	22	39	9	13	46	19	2	11	42	25	2	12	43	21	4

	Pregunta	11				12				13					
Nº	Nombre	a	b	c	d	a	b	c	d	a	b	c	d	e	f
1	Ernesto Palma Perez		x			x								x	
2	Claudio Ramirez Ojeda	x					x								x
3	Jaime Rojas Gutierrez		x				x						x		
4	Michael Escobar Zamudio			x		x				x					
5	Olga Miranda Valdivia		x				x							x	
6	Nadia Herrera Leon		x				x						x		
7	Barbara Pereira Gomez		x				x							x	
8	Rosa Lucero Fuentes		x				x						x		
9	Javiera Garrido Arenas		x				x								x
10	Flor Gonzalez Tello		x			x					x				
11	Margarita Cartagena Muñoz	x					x								x
12	Juan Machuca Rojas		x			x									x
13	Waldo Herrera Bravo	x				x									x
14	Daniel Herrera Ramos		x				x								x
15	Patricia Morales Ortiz			x			x								x
16	Camila			x				x						x	

	Ibarra Perez														
17	Daniela Rojas Acevedo		x				x		x						
18	Carla Correa Correa		x			x			x						
19	Eduardo Reyes Aguilera		x			x							x		
20	Victoria Martinez Astudillo		x			x					x				
21	Roberto Perez Arenas		x			x						x			
22	Paulina Contreras Rojas		x				x							x	
23	Ronaldo Burgos Andrade			x			x				x				
24	Adrian Tapia Escobar		x			x						x			
25	Marco Villagra Jara			x		x								x	
26	Valeria Villanueva Gonzalez		x				x							x	
27	Javier Castro Guzman		x				x							x	
28	Estefania Torres Muñoz		x			x								x	
29	Fernanda Diaz Orellana		x				x						x		
30	Nelson Carreño Garrido			x		x								x	
31	Fernando Sandoval Gonzalez		x			x				x					
32	Ericka Bustamante Morales			x			x		x						
33	Nicol Soto Martinez			x		x								x	
34	Valentina Rojas		x			x			x						

	Peñaloza														
35	Sebastian Soto Hernandez		x			x				x					
36	Daniela Salas Huerta		x			x									x
37	Patricia Torres Sanchez			x					x		x				
38	Milton Acuña Cubillos		x				x							x	
39	Macarena Vilches Orellana			x			x					x			
40	Cristian Tapia Salas			x				x				x			
41	Marta Vargas Vidal		x					x						x	
42	Valeska Araya Navarrete		x					x			x				
43	Natalia Vicencio Troncoso		x				x								x
44	Francisca Donoso Palma		x				x			x					
45	Mauricio Calderon Droguett	x				x						x			
46	Alexis Figueroa Solar	x				x								x	
47	Yennifer Garay Zuñiga	x				x								x	
48	Maria Rojas Valenzuela	x					x							x	
49	Trinidad Gonzalez Guevara			x			x							x	
50	Daniela Duarte Pereira			x					x						x
51	Andres Guerrero Aravena		x					x							x
52	Macarena Toro Donoso		x				x						x		
53	Paulina	x					x								x

	Verdelo Nuñez														
54	Victor Olivos Alarcon				x			x			x				
55	Ivan Maldonado Gonzalez			x				x							x
56	Javiera Jara Navarrete		x				x					x			
57	Paulina Fuentes Reyes			x			x							x	
58	Bastian Castillo Riquelme		x					x						x	
59	Macarena Gonzalez Collao	x					x					x			
60	Nicolas Rojas Garcia			x			x					x			
61	Patricio Zuñiga Lira		x					x			x				
62	Yanira Caceres Jeria		x					x							x
63	Camilo Fuentes Cartagena		x				x								x
64	Andrea Trujillo Arredondo		x				x								x
65	David Ramirez Astorga			x		x				x					
66	Franchesca Vasquez Mellado			x			x								x
67	Fernanda Vergara Aguilera			x				x							x
68	Gonzalo Vera Castro		x				x					x			
69	Martina Cabrera Cabello			x			x								x
70	Rodrigo Osorio Díaz			x				x							x
71	Luis Moscoso Caris		x					x						x	
72	Claudio		x					x							x

	Lucero Rojas														
73	Lorena Urzua Yañez			x			x								x
74	Mariso Oliva Silva	x					x								x
75	Luis Hidalgo Cornejo			x				x							x
76	Ivette Villanueva Meza				x		x							x	
77	Cristina Peña Cortez	x						x				x			
78	Denisse Calderon Hernandez	x					x			x					
79	Ricardo Ubilla Quezada		x				x				x				
80	Melissa Vidal Saavedra	x					x						x		
	Total	13	42	23	2	12	43	23	2	9	7	10	7	16	31

Formato Encuesta Social

Encuesta Social: Proyecto de Tesis, GESTIÓN ADMINISTRATIVA EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN EL MODELO MUNICIPAL DE SALUD DE LA COMUNA DE QUILLOTA	
Nombre	
Variables	Preguntas
Conocimiento	1) ¿Cuál es el concepto que usted maneja del enfoque de salud familiar? a) Que la salud no sólo es un tema biológico sino que también es afectada por otros factores como la familia y el entorno b) Son los controles y curaciones a los miembros de la familia c) Lo he escuchado pero no lo entiendo d) No conozco nada
	2) ¿Qué es para usted la atención de salud primaria? a) La atención que tengo por derecho como persona b) La primera atención de urgencia frente a accidentes c) La atención de los servicios privados d) Los controles que se le hace a los niños
	3) ¿Usted sabía que puede participar en actividades y programadas en los distintos centros de salud? a) si b) He escuchado hablar pero no se de que se trata c) No
	4) ¿Usted sabía que la salud Municipal de Quillota es un modelo propio adaptado a las características de la Comuna? a) Si, tenía conocimiento b) Había escuchado algo al respecto c) No lo sabía
	5) ¿Cuál es su visión de la salud municipal en comparación con la nacional? a) Es mejor que la salud nacional b) Tiene el mismo nivel c) Es peor que la salud nacional
Participación Ciudadana	6) ¿Usted se informa detalladamente de lo que contiene la cuenta Pública, y de cómo se distribuyen los recursos municipales? a) No porque es difícil entenderla b) No porque no hay acceso a la información necesaria c) Si se encuentra en la pagina web d) Si, se solicita en la Municipalidad e) No me interesa
	7) ¿Usted participa de alguna actividad fuera de las atenciones y controles de salud, en el departamento de salud? a) Si activamente b) Sólo un par de veces c) No he tenido oportunidad d) No tenía conocimiento
Satisfacción	8) ¿Usted está satisfecha con el trato personalizado de los equipos de salud? a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo
	9) ¿Usted siente que puede participar activamente en actividades sociales y culturales en los centros de salud? a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo
	10) ¿Está usted satisfecho con el departamento de salud en comparación con otras comunas? a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo
	11) ¿Considera que el equipo de salud tuvo una atención de respeto? a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo
	12) ¿Usted siente que el Departamento de salud le ha ayudado en su ambito personal? a) Muy de acuerdo b) De acuerdo c) En desacuerdo d) Muy en desacuerdo
Importancia	13) ¿Cuál es el elemento mas importante para usted después de la atención de salud? a) La promoción de estilos de vida saludable b) El compromiso particular de los equipos de salud con su familia c) El espacio a la cultura y el intercambio social d) La acogida a sus reclamos y sugerencias e) La distribución de los establecimientos f) La disminución del tiempo de espera para atención