



UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



**APLICACIÓN DE UN MODELO DE PLANIFICACIÓN
ESTRATÉGICA A LA GESTIÓN DE RECURSOS
HUMANOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
DE LA COMUNA DE QUILLOTA**

**Seminario de Título para optar al Grado Académico de Licenciado
en Servicio Social y al Título Profesional de Asistente Social**

**Institución Patrocinante:
Departamento de Salud. Ilustre Municipalidad de Quillota**

Docente Guía:

- Srta. **María Antonieta Urquieta Álvarez.**

Equipo Seminarista:

- **Elizabeth Dedes Aedo.**
- **Patricia Romero Díaz.**

UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
ESCUELA DE SERVICIO SOCIAL
BIBLIOTECA



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



REF.: INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE
TÍTULO ALUMNOS QUE SE INDICAN.

VALPARAISO, 18 de enero del 2006.

SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Guía, cumplo con informar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **“APLICACIÓN DE UN MODELO DE PLANIFICACION ESTRATEGICA A LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD DE LA COMUNA DE QUILLOTA”**, cursado durante el año académico 2005 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srtas. **ELIZABETH DEDES A. y PATRICIA ROMERO D.**, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

En la evaluación, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento del Plan de Estudios vigente, he tenido en consideración los siguientes aspectos: importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional; aspectos metodológicos; amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada; régimen formal de citas; carácter de la redacción y calidad de vocabulario técnico utilizado.

El presente Seminario de Título desarrolla a plenitud y con rigor la metodología de la planificación estratégica aplicada al Trabajo Social, demostrando con ello la posibilidad de buscar rutas alternativas para el diseño de planes, programas y proyectos en la gestión comunal.

La calidad de este trabajo lo convierte en un referente para su discusión, análisis y posterior implementación en otros ámbitos de la gestión social a nivel local y regional.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **7.0 (siete coma cero)**.


MARIA ANTONIETA URQUIETA
PROFESORA GUIA

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y^o
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE



UNIVERSIDAD DE VALPARAISO
FACULTAD DE DERECHO Y CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL



REF.: INFORMA CALIFICACIÓN SEMINARIO DE
TÍTULO ALUMNOS QUE SE INDICAN.

VALPARAISO, 18 de enero del 2006.

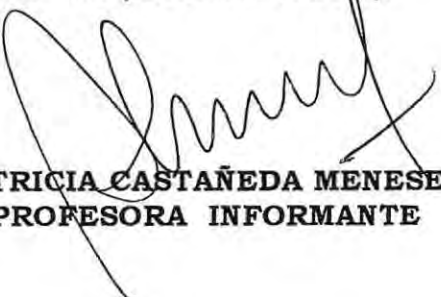
SEÑOR DECANO:

En cumplimiento de las disposiciones vigentes en la Universidad, en mi calidad de Profesora Informante, cumplo con informar a Ud. la calificación que he asignado al Seminario de Título denominado: **"APLICACIÓN DE UN MODELO DE PLANIFICACION ESTRATEGICA A LA GESTION DE RECURSOS HUMANOS DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD DE LA COMUNA DE QUILLOTA"**, cursado durante el año académico 2005 por las alumnas de la Escuela de Trabajo Social Srtas. **ELIZABETH DEDES A. y PATRICIA ROMERO D.**, incluyendo la sistematización de dicho seminario en el respectivo informe final.

En la evaluación, de acuerdo a lo establecido en el Reglamento del Plan de Estudios vigente, he tenido en consideración los siguientes aspectos: importancia, originalidad y aporte del trabajo al campo profesional; aspectos metodológicos; amplitud y suficiencia del desarrollo del tema y de la bibliografía utilizada; régimen formal de citas; carácter de la redacción y calidad de vocabulario técnico utilizado.

Seminario de Título sistematiza proceso de Planificación Estratégica en el contexto de la Política de Recursos Humanos del Departamento de Salud Municipal de Quillota. La experiencia evaluada destaca por la capacidad del equipo seminarista-cuyo carácter aún corresponde a la formación de pregrado-de desarrollar a plenitud un proceso de suyo complejo, en donde la rigurosidad metodológica y el dominio temático sostienen en forma pertinente los niveles de análisis y reflexión presentados. Asimismo, se estima que la experiencia desarrollada contribuye a consolidar el manejo metodológico avanzando de Planificación Estratégica en el repertorio profesional de Trabajo Social.

Por lo anteriormente expuesto vengo en calificar el presente Seminario de Título, con nota **7.0 (siete coma cero).**


PATRICIA CASTAÑEDA MENESES
PROFESORA INFORMANTE

AL SEÑOR
ANTONIO PEDRALS G. de C.
DECANO
FACULTAD DE DERECHO Y^o
CIENCIAS SOCIALES
PRESENTE

Cada una de las personas que se conocen en la vida deja una enseñanza. Y si esa persona no fue lo suficientemente importante como para recordarla, de igual manera te hace crecer y aprender a valorar a quienes realmente te acompañan y te apoyan en tus decisiones.

Hoy que término este proceso, quiero expresar a todos aquellos que confían y creen en mí, que los quiero mucho y que valoro cada uno de los esfuerzos que han realizado. Los tendré siempre presentes en cada nuevo desafío que me proponga, porque sin duda son el apoyo y la alegría que cualquiera necesita para seguir adelante.

Con cariño

... A mi familia, a José Antonio y a mis Grandes Amigas.

*"Aprendí que no hay sueños imposibles... ni tan lejos
Quis a las estrellas, volqué el cielo
Y de puntillas toqué el universo..."*

Al llegar al final de esta parte de mi camino, quiero dar infinitas gracias a quienes me acompañaron en el recorrido...

*"Cuando vieste un sólo par de huellas en la arena,
Es porque yo te llevaba en mis brazos..."*

En primer lugar al "FLAQUITO", por ser la fuerza espiritual que siempre me acompaña, en cada paso.

A mis padres y hermanos, por su constante apoyo, preocupación y cariño. Pero principalmente a mi madre, porque tengo claro que jamás podré dimensionar el inmenso amor que la impulsa a sacrificarte día a día por mis hermanos y especialmente por mí.

*"Si mi vida comenzara otra vez y se me concediese un deseo
Desearía conocerlas de nuevo"*

A Kathy, Lily, Rosana y Alejandra por su amistad incondicional y preocupación permanente, sin duda ustedes han sido una parte fundamental de mi vida y espero que así siga siendo. Les deseo lo mejor y espero estar cerca para seguir compartiendo alegrías y tristezas con ustedes.

Patita, no creas que te he olvidado, pero a ti quiero decirte algo especial: primero muchas gracias por tu apoyo y comprensión, tu fuiste la persona que más cerca tuve durante esta aventura, donde no siempre fui la mejor compañía... pero igual estuviste ahí, conmigo, dándome apoyo y fuerza. Creo que eres una gran persona, vas a llegar muy lejos... y te lo mereces. Te quiero mucho Amiga.

A María Antonieta Urquieta, Víctor Neira y a las Ejecutivas (os) de Familia de la PGF, por el voto de confianza y apoyo permanente.

A todas las personas que estuvieron a mi lado, aun en la distancia; a las personas que me acogieron en su familia sin pertenecer a ellas, son tantos que es muy largo de nombrar, pero yo siempre los llevaré en mis pensamientos y oraciones.

A cada uno de ustedes, sólo puedo decir GRACIAS...

Con cariño, Ely

INDICE GENERAL

▪ PRESENTACIÓN	5
▪ CAPÍTULO I: "Contextos de la Experiencia"	8
- Contexto Territorial	9
- Contexto Sanitario	18
- Contexto Institucional	24
▪ CAPÍTULO II: "Marco Referencial"	49
- Escenario General de Salud en Chile. Contexto General Pre - Reforma	50
- Escenario General de Salud en Chile. Contexto General Post - Reforma	62
- Modelo de Atención Primaria de Salud	74
- Modernización de la Gestión del Estado a Nivel Local	84
- Gestión del Recurso Humano	97
▪ CAPÍTULO III: "Marco Metodológico"	109
- Evolución Histórica de la Planificación Estratégica	111
- Definición Planificación Estratégica	114
- Características Planificación Estratégica	116
- Fases de la Planificación Estratégica	120
- Ejes de la Planificación Estratégica	136
- Ventajas de un Plan Estratégico	
- Diseño Operativo del Proceso de Planificación Estratégica Aplicado a la Configuración de la Política de RRHH APSQ	138
▪ CAPÍTULO IV: Registro del proceso	144
- Fase de Inicial o de Organización	147
- Fase de Análisis	150
- Fase de Elaboración de Objetivos y Configuración del Plan	188
▪ CAPÍTULO V: "Análisis Estratégico de la Salud Comuna de Quillota"	195
- Análisis Externo	196
- Análisis Interno	215
- Análisis FODA	294
▪ CAPÍTULO VI: "Plan Estratégico de Recursos Humanos Atención Primaria de Salud Comuna de Quillota"	304
- Concepto Política de Recursos Humanos APSQ	305
- Misión	305
- Visión	305

- Principios Orientadores	305
- Objetivos Estratégicos	305
- Matriz Estratégica / Líneas - Programas - Proyectos	307
▪ <i>CAPITULO VII: "Conclusiones"</i>	<i>319</i>
- Conclusiones respecto del Proceso	320
- Conclusiones en torno a la Metodología	323
- Conclusiones respecto de la Temática Abordada	325
- Conclusiones sobre la APS como contexto de la experiencia	329
- Desafíos para Trabajo Social	333
▪ <i>Bibliografía y Anexos</i>	<i>336</i>
- Bibliografía	337
- Anexos	342
Anexo 1: Libro de Reportes	
Anexo 2: Índice de Gráficos	
Anexo 3: Índice de Cuadros	
Anexo 4: Índice de Esquemas	
Anexo 5: Índice Fotográfico	
Anexo 6: Codificación	
Anexo 7: Plan Estratégico de Recursos Humanos APSQ	

PRESENTACIÓN

El Seminario que se presenta a continuación se denomina "*Aplicación de un Modelo de Planificación Estratégica a la Gestión de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota*" y presenta la experiencia de trabajo realizada, bajo el patrocinio del Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quillota.

Dicho Seminario tiene por objeto, configurar la Política de Recursos Humanos de la organización, entendiendo ésta como el conjunto de acciones y estrategias que se establecen en función de orientar la gestión del recurso humano de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota para el período 2006 - 2008.

La configuración del Plan Estratégico se desarrolló a partir de la sistematización de los requerimientos de directivos y funcionarios (as), los cuales fueron establecidos en programas y proyectos. La concreción del Plan pretende fomentar el desarrollo integral de los trabajadores (as) del sistema de modo de contribuir en el cumplimiento de los objetivos organizacionales.

Para el desarrollo de dicho plan fue necesario establecer un número importante de tareas, las cuales se desarrollaron en las siguientes etapas:

1. Concepto de Política de Recursos Humanos para la APSQ.
2. Análisis de Situación (Análisis interno y externo de la organización).
3. Configuración de la Visión y Misión de la Política de Recursos Humanos de la APSQ.
4. Identificación de los principios que sustentan la misión del plan estratégico.
5. Definición de objetivos estratégicos y líneas de acción.

6. Formulación de propuestas programáticas en función de los objetivos estratégicos del plan en general.

Por su parte la metodología de trabajo se caracterizó por ser:

- Participativa, en la medida que logró incorporar y comprometer en la construcción del plan a un número importante de trabajadores (as) del sistema, pertenecientes a los diversos centros, estamentos y cargos.
- Integral, en cuanto no sólo contempló la discusión técnica de programas y proyectos, si no también incorporo las reflexiones, apreciaciones y convicciones acerca de los planes futuros para la organización.
- Inductiva, dado que los objetivos del plan se elaboraron sobre la base de la integración de programas y proyectos propuestos por diferentes sectores e individuos de la organización.

A continuación se describen, en forma general, los contenidos establecidos por capítulos de dicho Seminario:

- *Capítulo I: Contextos de la Experiencia*, en este se detallan el contexto en el cual se enmarca el proceso a partir de la descripción Territorial, Sanitaria e Institucional.
- *Capítulo II: Marco Referencial*, establece los lineamientos teóricos que respaldan el proceso.
- *Capítulo III: Marco Metodológico*, el cual describe la metodología utilizada para la configuración del Plan Estratégico de Recursos Humanos.

- *Capítulo IV: Registro del Proceso*, Sistematiza las etapas de trabajo de configuración del Plan. Entre estas cuentan: Fase Inicial, Fase de Análisis y Fase de Elaboración de Objetivos y Proyectos.

- *Capítulo V: Análisis Estratégico*, el que fue realizado a partir de tres ejes: Análisis Externo de la Organización, Análisis Interno y Análisis FODA.

- *Capítulo VI: Plan Estratégico de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota*, en el se presentan los principales elementos que conforman dicho Plan, tales como Visión, Misión, Principios Orientadores, Objetivos Estratégicos y Líneas de acción que dan forma al Plan por medio de Programas y Proyectos.

- *Capítulo VII: Conclusiones*, da cuenta de las reflexiones y aprendizajes del Equipo Seminarista, desarrollado a partir de la experiencia como tal y de los desafíos que se presentan para el Trabajo Social.

Capítulo I

Contextos de la Experiencia

- Contexto Territorial
 - Contexto Sanitario
 - Contexto Institucional
-

Capítulo I

Contexto Territorial

CONTEXTO TERRITORIAL

▪ ANTECEDENTES GENERALES DE LA COMUNA

De origen Colonial, la actual comuna y ciudad de Quillota, fue fundada como “Villa de San Martín de la Concha” el 11 de Noviembre de 1717, por Don José de Santiago Concha y Salvatierra a los pies del Cerro El Mayaca, en la planicie aluvial que se forma en la ladera sur del mencionado peñón de El Mayaca.¹

La comuna de Quillota pertenece territorial y administrativamente a la V región de Valparaíso, además posee la característica de ser una de las siete capitales provinciales que forman la región. La provincia de Quillota está compuesta por las comunas de Hijuelas, Nogales, La Calera, La Cruz, Limache, Olmué y Quillota.

DIVISIÓN POLÍTICO ADMINISTRATIVA REGIÓN DE VALPARAÍSO



Figura 1: División Político Administrativa V Región.

La comuna se localiza a 48 Kms. de la ciudad de Valparaíso y a 42 Kms. de Viña del Mar, ubicándose a la altura del Km. 60 del Camino Internacional (Ruta 60

¹ Ilustre Municipalidad de Quillota. "Historia de Quillota". Sitio Web oficial www.quillota.cl. 2005

CH). Otras vías de acceso a la comuna son el Camino Troncal (RUTA 62), el cual une La Calera y Viña del Mar por el interior y el Troncal Sur, accediendo a la comuna por la ciudad de Limache. Sin embargo la principal vía de acceso por el Norte (La Ligua) y por el Sur (Santiago) la constituye el Camino Internacional, el cual durante el trayecto que comprende la Ciudad posee 4 entradas a la Comuna.

La ciudad de Quillota se sitúa entre la cuenca del río Aconcagua y el sistema litoral a 32° 53' Latitud Sur y 71° 17' Longitud Oeste, a una altura de 120 metros sobre el nivel del mar. Teniendo como límites: Al Norte las comunas de Puchuncaví y La Cruz; Al Este la comuna de Hijuelas; Al Sur las comunas de Limache y Olmué; y Al Oeste las comunas de Quintero y Puchuncaví.²

DIVISIÓN POLÍTICA ADMINISTRATIVA PROVINCIA DE QUILLOTA



Figura 2: División Político Administrativa Provincia de Quillota.

El valle de Quillota se caracteriza a nivel Nacional e Internacional como una comuna principalmente agrícola dada la fertilidad de los suelos, la regularidad de

² Chilquinta Energía S.A. "Región de Valparaíso". Sitio Copyright Chilquinta Energía S.A www.quintaregion.cl. 2005

principalmente por su exportación de frutales en los que destacan un sinnúmero de variedades, sin embargo el sector agrícola de la comuna se dedica principalmente al cultivo de Paltas, Chirimoyas y Cítricos.

- *Clíma:* Por la latitud de la comuna el clima que se presenta en ésta es de tipo Mediterráneo, caracterizándose por tener veranos secos y cálidos, inviernos fríos y lluviosos y estaciones bien definidas. Dado lo anterior el clima de Quillota cabe dentro de la categoría de Templado cálido, con estación seca prolongada entre siete y ocho meses, con temperatura media mensual superior a 10°C por más de cuatro meses.
- *Suelos:* Según datos de la CORFO del año 1997 sobre las categorías de suelo existentes en los diversos territorios de Chile, en la comuna de Quillota existe una diversidad considerable de suelos, concentrándose en ella todas las categorías de clasificación de aptitud de suelo que existen, lo que responde a la caracterización de una comuna principalmente agrícola donde destaca la plantación de un sin número de especies florales y hortofrutícolas.
- *Hidrografía:* La comuna de Quillota cuenta con la hoya del río Aconcagua, el cual se desarrolla en el extremo sur de la zona de los Valles Transversales de la Región de Valparaíso. Su extensión alcanza a 7.163 Kms² y su rumbo general es de Este a Oeste. Sus más caudalosos afluentes los recibe por su ribera norte.

El régimen del río Aconcagua es mixto; presentando crecidas importantes con las lluvias en invierno; en primavera y principios de verano, con el deshielo.³

³ Corporación de Fomento de la Producción (CORFO). "Antecedentes Morfológicos Comuna de Quillota". Sitio Web www.todochile.cl. 1997.

▪ ANTECEDENTES DEMOGRÁFICOS:

Según datos recogidos en el último Censo Nacional de Población y Vivienda del año 2002 la superficie comunal alcanza los 302 Kms², con 251,38 habitantes por Km², lo que la ubica dentro de las comunas más extensas de la Provincia.

La población comunal alcanza los 75.916 habitantes, de los que 38.725 son población femenina, con un porcentaje del 51,01% y 37.191 son población masculina, lo que alcanza el 48,99%.

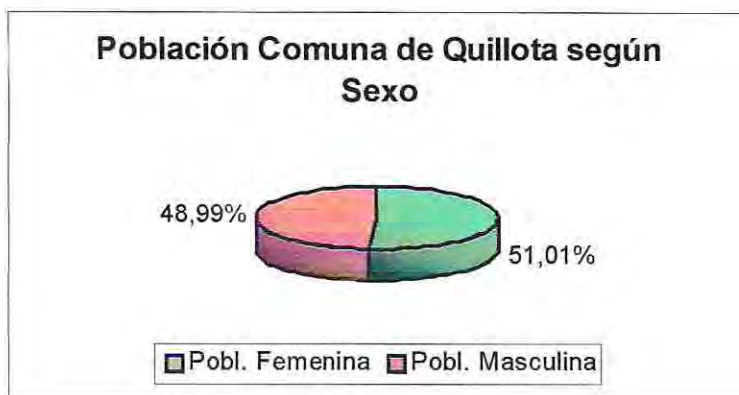


Gráfico 1

Comparativamente y según la variación intercensal 1992-2002, esta alcanza el 13,3%, dado que la población comunal el año 1992 alcanzaba los 67.007 habitantes.

Mayoritariamente la población de la comuna de Quillota se ubica en el sector urbano de la ciudad, con 66.025 habitantes lo que corresponde al 86,97% y la población restante, es decir, 9.891 personas se ubican en el sector rural, lo que equivale al 13,03%.

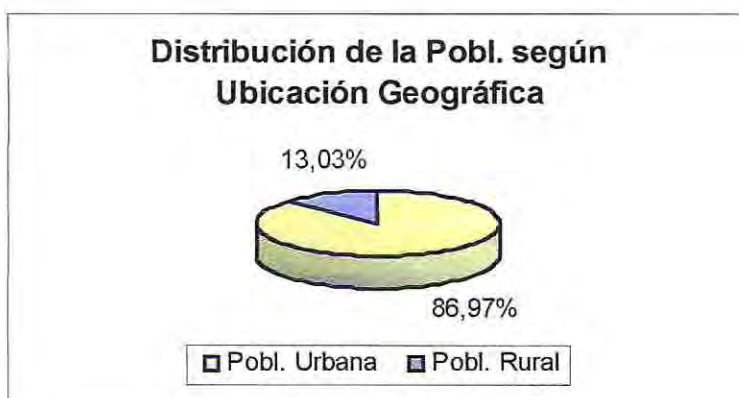


Gráfico 2

Desde el punto de vista del rango etáreo, el desglose de la población es el siguiente:

- Población de 0 a 17 años: 22.731 (29,94%)
- Población de 18 a 64 años: 45.834 (60,38%)
- Población mayor de 65 años: 7.351 (9,68%)

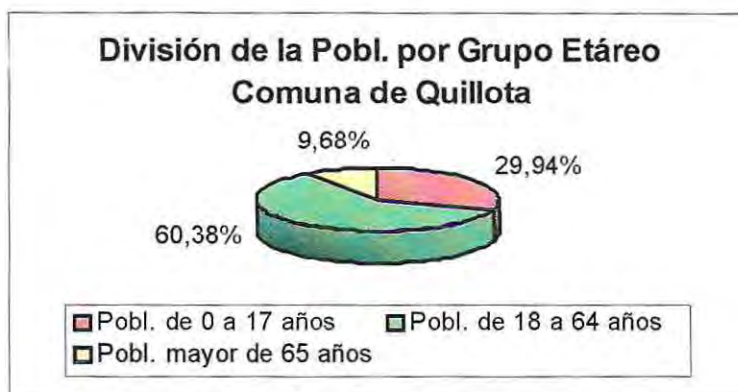


Gráfico 3

Respecto del estado civil (considerando la población mayor de 14 años), en la comuna de Quillota existe una tendencia mayoritaria hacia la categoría de habitantes casados, con un 45,64% lo que corresponde a 26.175 habitantes. Las demás categorías que conforman la variable Estado Civil se desglosa de la siguiente manera:

- Convivientes: 4.494 habitantes (7,84%)
- Solteros (as): 20.016 habitantes (34,9%)
- Viudos (as): 3.473 habitantes (6,06%)
- Separados (as): 2.989 habitantes (5,21%)
- Anulados (as): 201 habitantes (0,35%)

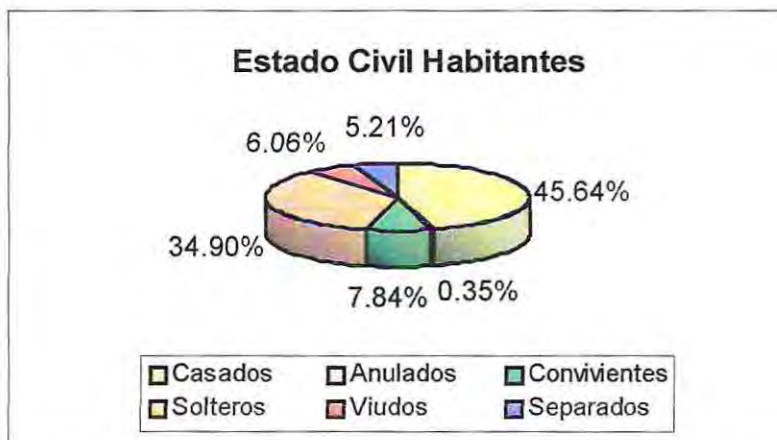


Gráfico 4

En cuanto a la Escolaridad, el promedio de años cursados por la población alcanza 10,1, con un índice de analfabetismo del 3%.



Gráfico 5

En cuanto al ámbito laboral, la fuerza de trabajo activa asciende a 29.153 personas, de las cuales 25.901 se encuentran ocupadas, lo que alcanza el 88,8% de la fuerza de trabajo activa de la comuna, mientras que los desocupados son 3.252 habitantes, los cuales representa el 11,2% del total.⁴



Gráfico 6

Dentro de las actividades económicas desarrolladas por los habitantes de la comuna de Quillota, la *AGRICULTURA* representa un 22,40% lo que significa que 17.005 habitantes desempeñan labores en esta área, otra de las actividades desarrolladas en la zona es el *COMERCIO* con un 21,80% equivalente a 16.550 personas. En el área de *SERVICIOS* se desempeñan 14.500 habitantes lo que equivale al 19,10%, por último se encuentran los habitantes que se desempeñan en *OTRAS* actividades, las cuales representan el mayor porcentaje de habitantes de

⁴ Instituto Nacional de Estadísticas (INE). "Censo de Población y Vivienda". Chile. 2002.

la comuna. Esta categoría incluye las áreas de Construcción, Transporte, Industria y Minería con 27.861 habitantes lo que representa el 36.70%.⁵



Gráfico 7

En cuanto a los índices de pobreza en la comuna, según la Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN) del año 2000, la población indigente asciende a 5.158 habitantes, lo que corresponde al 7% del total de la población de la ciudad de Quillota. Por otra parte, la población pobre no indigente en la comuna alcanza los 7.908 habitantes con un 10,8% sobre el total.

En síntesis la población pobre de la comuna considerando personas indigentes y pobres no indigentes alcanza a 13.066 habitantes con un porcentaje del 17,9% de la población total de la ciudad de Quillota.

⁵ Secretaria Comunal de Planificación (SECPLAN). Ilustre Municipalidad de Quillota. "Datos Comunales De Infraestructura Menor Urbana y Equipamiento Comunitario". Quillota. 2003.

Cabe destacar que los datos utilizados en esta variable fueron extraídos de la CASEN 2000, dado que los resultados de la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica realizada en el año 2003 no serán publicados hasta el mes de diciembre del año 2005.⁶

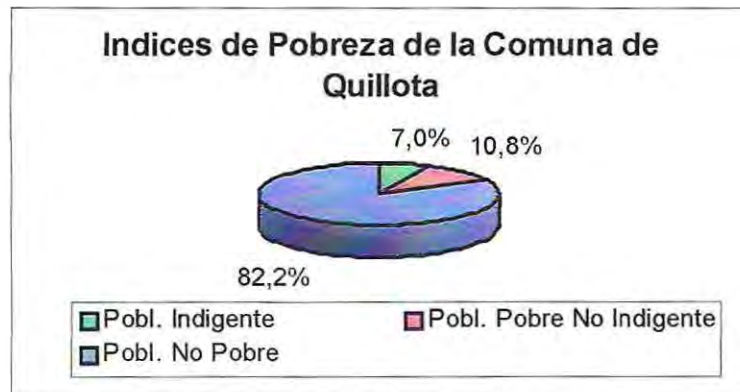


Gráfico 8

⁶ Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). "Encuesta de Caracterización Socioeconómica". Chile. 2000.

Capítulo I

Contexto Sanitario

CONTEXTO SANITARIO

▪ CONTEXTO NACIONAL EN EL ÁMBITO DE LA SALUD

Chile se encuentra en un proceso de transición demográfica y epidemiológica, debido a que durante las últimas décadas ha existido una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad. Lo anterior se traduce en un crecimiento lento y en un envejecimiento de la población. Así, en los últimos 40 años (1960 - 2000) se ha reducido la tasa de crecimiento de 2,4% a 1,3% y el grupo de 65 y más años ha aumentado de 4,3% a 7,0%.¹

Las principales causas de muerte y carga de enfermedad, de la población en general, son las Enfermedades No Transmisibles (ENTs), ligadas a los estilos de vida y al envejecimiento, entre las que cuentan, según orden de incidencia, las enfermedades del aparato circulatorio, Cáncer (tumores malignos), diabetes Mellitus y las enfermedades crónicas del aparato respiratorio.²

Cuadro 1: Causas de Muerte y Carga de Enfermedad en Chile.

Grupo De Causa De Muerte	Patologías Asociadas Con Mayor % De Muerte	% De Muerte
Enfermedades Cardiovasculares	- Enfermedades Isquémicas del Corazón	9.5%
	- Enfermedades Cerebrovasculares	9.1%
	- Otras Enfermedades del Corazón	3.9%
	- Enfermedades Hipertensivas	3.4%
Enfermedades del Aparato Respiratorio	- Neumonía	4.8%
	- Enfermedades Crónicas de las Vías Respiratorias Superiores	3.4%
Tumores Malignos (Cáncer)	- Estómago	3.6%
Diabetes Mellitus	-----	3.6%

¹ Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Chile". Chile. Abril 2002.

² Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Departamento de Atención Primaria. "Orientaciones para la Programación Local 2003". Chile. 2003.

Otro problema que afecta en un alto porcentaje a la población, son las enfermedades provenientes al ámbito de la salud mental. Entre éstas, la depresión afecta a casi un 7,5% de la población mayor de 15 años y a casi un 30% de las personas consultantes del nivel primario de atención. Esta enfermedad es dos veces más frecuente en mujeres, especialmente en el grupo de edad entre 20 y 45 años, constituyendo la principal causal de discapacidad en la población femenina y ocupando el segundo lugar entre las quince causas de años de vida saludables perdidos por discapacidad o muerte prematura en las mujeres.

Por otra parte el país se encuentra libre de la mayoría de las enfermedades emergentes o reemergentes, con la notable excepción del Hanta (cuya presencia se confirma en varias regiones del país) y el SIDA, que sigue siendo también objeto de preocupación, por su posible expansión.

Al igual que en otros países de América Latina, el daño en salud relacionado con el medio ambiente, se expresa por medio de enfermedades transmisibles asociadas a condiciones de insuficiente saneamiento básico o por problemas agudos y/o crónicos derivados de la presencia de contaminantes en el aire, agua, alimentos o suelo.

Frente a la situación descrita, el Gobierno de Chile, a través del Ministerio de Salud, ha impulsado una Reforma para el Sector Salud, definiendo el nuevo Modelo como Enfoque Integral, donde se espera aumentar la capacidad resolutive de la Atención Primaria y donde la Promoción de la Salud pasa a ser uno de los ejes principales dentro del accionar en Salud.

Lo anterior es especialmente importante, si se considera que las ENTs son en gran parte controlables con intervenciones sistémicas, dirigidas a la población en todo su espectro de ciclo vital, con un enfoque multinivel e intersectorial, abordando simultáneamente a la sociedad en general, los grupos de riesgo y los pacientes, integrando esfuerzos de todos los actores sociales, pues la mayoría de las ENTs, tienen una etiología compartida en cuanto a determinantes sociales, ambientales y factores de riesgo modificables, como tabaquismo, ingestión

inmoderada de alcohol, hábitos de alimentación no saludable, inactividad física, sobrepeso / obesidad, entre los más importantes.³

▪ PROBLEMAS SANITARIOS PRIORIZADOS A NIVEL COMUNAL

Según los últimos datos recogidos a nivel comunal por el Departamento de Salud Municipal el año 2002 los principales problemas sanitarios que la comuna presentaba eran los siguientes:⁴

Cuadro 2: Principales Problemas Sanitarios de la Comuna.

PROBLEMA SANITARIO	PROBLEMA ESPECÍFICO
Tasa de Mortalidad Infantil sobre la media del Servicio de Salud	- Mortalidad Neonatal - Morbimortalidad por IRA - Morbimortalidad por causas Infecciosas
Alta prevalencia de Malnutrición en población menor de 6 años bajo control	- Por déficit - Por Exceso
Baja cobertura de evaluación de Desarrollo Psicomotor con escalas	-----
Alta Prevalencia de patología bucal en población preescolar, escolar, adolescente y adulta	-----
Patología respiratoria crónica	-----
Patología Cardiovascular	- Alto porcentaje de pacientes descompensados - Falta de detección y manejo de factores de riesgo - Escasa cobertura ESPA
Diabetes Mellitus	- Alto porcentaje de pacientes descompensados

³ Ministerio de Salud. "Estudio sobre mortalidad en Chile, 2003 - 2004". Gobierno de Chile. Página Web Oficial Ministerio de Salud www.minsal.cl Chile. Abril, 2005.

⁴ Departamento de Salud. Ilustre Municipalidad de Quillota. "Plan de Salud Comunal 2004".

PROBLEMA SANITARIO	PROBLEMA ESPECÍFICO
Cáncer	<ul style="list-style-type: none"> - Mortalidad por cáncer Cérvicouterino - Mortalidad por cáncer de mama - Digestivos - Pulmón
VIH y Enfermedades de Transmisión Sexual	-----
Embarazo Precoz	-----
Factores asociados a Etapa de Vida del Climaterio en la mujer	-----
Salud Mental	<ul style="list-style-type: none"> - Salud Mental Adulto - Trastornos emocionales - Violencia intrafamiliar - Depresión - Beber anormal y consumo de drogas - Salud Mental Infantil - Déficit Atencional - Trastornos conductuales - Trastornos emocionales - Maltrato infantil

Cabe destacar que a la fecha no se han realizado otros estudios que sistematicen la información recogida por los diferentes Centros de Salud, acerca de las actuales problemáticas de salud de los habitantes de la comuna de Quillota.

■ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA COMUNA

Desde el año 2000, el Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quillota realiza anualmente un "Estudio Comunal de Mortalidad", a fin de determinar la cantidad de decesos producidos anualmente y sus principales causas, además de conocer la procedencia de las personas que fallecen en la comuna.

Los datos recogidos para configurar los documentos son obtenidos de los registros de defunción del Hospital San Martín y de la oficina de Registro Civil de la ciudad de Quillota.

Durante el año 2002 ocurrieron en la comuna 692 muertes de las cuales 291 fueron registradas en el HSMQ y 401 en las oficinas del registro Civil.⁵

Dentro de las principales causas de muerte (establecidas por grupo de causa) ocurridas en la comuna cuentan según orden de incidencia:

1. Enfermedades Cardiovasculares.
2. Tumores Malignos.
3. Enfermedades Respiratorias.
4. Enfermedades Digestivas.
5. Enfermedades Infecciosas y Parasitarias.
6. Enfermedades Genitourinarias.
7. Enfermedades del Sistema Endocrino (Metabolismo).⁶

Las anteriores constituyen las principales causas de muerte en la comuna, las cuales no difieren en gran medida de aquellas establecidas a nivel nacional.

⁵ Neira Contreras Víctor Hugo. Departamento. Salud. I. Municipalidad de Quillota. "Estudio de Mortalidad de la Comuna de Quillota año 2002". Quillota. 2002.

⁶ Op. Cit. N° 5. Neira Contreras Víctor Hugo.

Capítulo I

Contexto Institucional

CONTEXTO INSTITUCIONAL

▪ ANTECEDENTES DE LA INSTITUCION PATROCINANTE

Nombre	Departamento de Salud. Ilustre Municipalidad de Quillota.
Dirección	La Concepción N° 578 Quillota. Clorindo Véliz #520. Villa México. Quillota *
Fono	(33) 267769 - 267770 - 310214 (318828 *)
Fax	(33) 267768
E- mail	direcciondds@terra.cl
Página Web	www.ddsquillota.cl
Tipo de institución	Organismo de Carácter Público, dependiente de la Ilustre Municipalidad de Quillota.
Persona de contacto	Sr. Víctor Alvarado Miric. Director Departamento de Salud.

Cuadro 3: Antecedentes Generales Institución Patrocinante.

* La dirección del DDS de la Ilustre Municipalidad de Quillota se trasladará a un nuevo recinto ubicado en el lugar anteriormente expuesto.

▪ ATENCIÓN DE SALUD DE LA COMUNA DE QUILLOTA

La comuna de Quillota cuenta con un hospital público dependiente del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, tipo II o de mediana complejidad. El Hospital San Martín de Quillota es uno, junto al hospital de Quilpué, de los dos de este tipo existentes en las 17 comunas pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota.

En cuanto a la Atención Primaria la comuna posee 5 establecimientos de Salud Municipal, entre los que cuentan 2 Centros de Salud Urbanos, 3 Centros de Salud Rurales y una Posta Rural.¹

¹ Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota. "Red Asistencial del SSVQ". Sitio Web www.ssvq.cl. 2005.

ESTABLECIMIENTOS DE SALUD MUNICIPAL	
Centros de Salud Urbanos	Centro de Salud Doctor Miguel Concha
	Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez
Centros de Salud Rurales	Centro de Salud San Pedro
	Centro de Salud La Palma
	Centro de Salud Boco
Postas Rurales	Posta Rural Manzanar

Cuadro 4: Centros de Salud Municipal de la Comuna de Quillota.

En cuanto a establecimientos de Salud Privados cuentan el Instituto de Seguridad del Trabajador (IST) y 12 Centros Médicos dedicados a las distintas especialidades de la medicina.

- Hospital San Martín de Quillota (HSMQ)

El HSMQ tiene una Población Asignada de 84.515 habitantes. Es un hospital público dependiente del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, tipo II o de mediana complejidad que posee los servicios básicos de: Medicina, Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología, Pensionado y Odontología, y que también cuenta con las especialidades de: Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Psicología, Fonoaudiología y Lactancia Materna; además de otros servicios complementarios como: Nutrición, Enfermería, Técnico en Oftalmología y Kinesiología.

Por otra parte, el HSMQ cuenta con un servicio dedicado exclusivamente a la situación del usuario (a) con el sistema médico. Esta modalidad se denomina Servicio de Atención a las Personas (SAP), el cual cuenta con los siguientes beneficios.

- Servicio Social
- Relaciones Públicas
- Educación y difusión comunitaria
- Estudios de opinión
- Jardín Infantil
- Voluntariado
- Apoyo espiritual
- Telefonía
- Gestión de reclamos

El objetivo principal del SAP es "Satisfacer las necesidades biopsicosociales extras, es decir, complementar la atención clínica y administrativa, creando canales de comunicación entre el usuario (a) y el hospital; colaborando con la Dirección en detección de problemas y en la búsqueda de soluciones correctas; atendiendo los requerimientos de orientación, información, recepción de la opinión de los (as) usuarios (as); respondiendo a los requerimientos socio terapéuticos y de apoyo del paciente y familia, entre otros aspectos"²

- SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA COMUNA

La comuna de Quillota administra servicios de salud primarios a través de la dirección del Departamento de Salud Municipal, respondiendo así al proceso de descentralización propiciado a partir de 1980, a través del Decreto con Fuerza de Ley N° 1 - 3.063 de 1980, que reglamentó el procedimiento que permitió que la administración de los establecimientos de la Atención Primaria de la Salud fuese realizada por las Municipalidades.

De acuerdo con el Artículo N° 58 de la Ley 19.378³, el Departamento de Salud Municipal de Quillota, debe formular anualmente un Proyecto de Programa de Salud Municipal, que corresponde al instrumento que permite operacionalizar y ejecutar las políticas de salud a nivel de los establecimientos de salud

² Hospital San Martín de Quillota. "Boletín Informativo". Sitio Web www.hsmq.cl. Abril 2005.

³Ministerio de Salud. "Ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal". Gobierno de Chile. 1995

administrados por la Municipalidad. Este integra los programas que cada establecimiento de salud efectúa en relación con su población a cargo.

El Objetivo primordial de este Programa de Salud Municipal es ejecutar las Políticas de Salud en el marco de las Normas Técnicas y Programáticas que emanen desde el Ministerio de Salud, según las prioridades concordadas entre el Municipio y el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, basados en la realidad local de la comuna, a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con el objeto de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población.

Por otra parte, dentro de las funciones del SSVQ, se encuentran las de Autoridad Sanitaria, por lo que es de su responsabilidad el supervisar, evaluar y controlar la provisión de los servicios y prestaciones de salud de los diversos establecimientos que dependen del Departamento de Salud Municipal de Quillota.

Respecto del financiamiento⁴, el Departamento de Salud Municipal de Quillota, recibe mensualmente del Ministerio de Salud, a través del SSVQ, un aporte estatal cuyo monto depende de una serie de criterios, entre los que destacan: la población potencialmente beneficiaria, las características epidemiológicas, el nivel socioeconómico de la población, las prestaciones que se programen anualmente y las que efectivamente se realicen. Por otra parte el Departamento de Salud Municipal recibe financiamiento por medio de aportes de la ilustre Municipalidad de Quillota. El año 2004 ambos aportes alcanzaron a \$1.063.142.663 y para el año 2005 el presupuesto contempla \$1.219.084.400 para los diferentes gastos en salud primaria de la comuna.⁵

⁴ Op. Cit. N° 3. Ministerio de Salud.

⁵ Departamento de Salud, Ilustre Municipalidad de Quillota. "Presupuesto Anual 2005". Quillota. Marzo 2005.

Detalle Presupuesto Departamento de Salud Comuna de Quillota

FUENTE INGRESOS	DETALLE DE INGRESOS	MONTO 2004	MONTO 2005
APORTE MINSAL	- Aporte Per - Cápita	\$800.742.660	\$995.564.398
	- Otros Ingresos (Ley 18.469 y otros conceptos)	\$21.600.002	\$22.520.000
	Total Aporte MINSAL	\$822.342.662	\$1.018.084.398
APORTE MUNICIPAL	- Transferencia Municipal	\$239.800.000	\$200.000.000
	- Devoluciones, reintegros y otros conceptos	\$1.000.000	\$1.000.001
	Total Aporte Municipal	\$240.800.001	\$201.000.002
TOTAL INGRESOS	\$1.063.142.663	\$1.219.084.400	

Cuadro 5: Presupuesto APSQ.

En cuanto a La población beneficiaria, validada por FONASA según ingresos per - cápita a Diciembre del 2004 es de 69.377 habitantes.⁶

El Departamento de Salud Municipal de la Comuna de Quillota ha asumido la responsabilidad de adecuar y renovar la gestión en salud, de manera de abordar el tema de salud como parte central del plan de desarrollo local. Lo anterior se enmarca dentro de las orientaciones fundamentales que la Ilustre Municipalidad de Quillota plantea en su misión, como es el logro de una comuna saludable, por ello el Departamento de Salud y las instituciones que lo conforman han decidido desarrollar un camino de gestión e innovación con el diseño de un Plan de Salud Comunal que responde a las necesidades específicas de los (as) usuarios (as) del

⁶ Departamento de Salud. Ilustre Municipalidad de Quillota. "Registro de Estadísticas". Quillota. Diciembre 2005.

sistema, pero que a la vez se enmarque dentro de los lineamientos generales de la Reforma Nacional de Salud.

El Departamento de Salud Municipal implementa la Reforma Comunal en sus dependencias desde el año 2002, momento en que se reestructuran las funciones de los Centros de Salud Urbanos y Rurales, con ello surgió la creación de dos nuevos organismos dedicados a apoyar el trabajo relacionado principalmente con la satisfacción usuaria y con el objeto de incentivar la participación e integración ciudadana a modo de promover éstos como elementos claves de un modelo integral de salud. Estas instituciones fueron la Plataforma de Gestión Familiar y el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura.

Dado lo anterior, esquemáticamente los organismos que conforman la Atención Primaria de Salud de la Comuna se configuran de la siguiente manera:

ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMUNA DE QULLLOTA

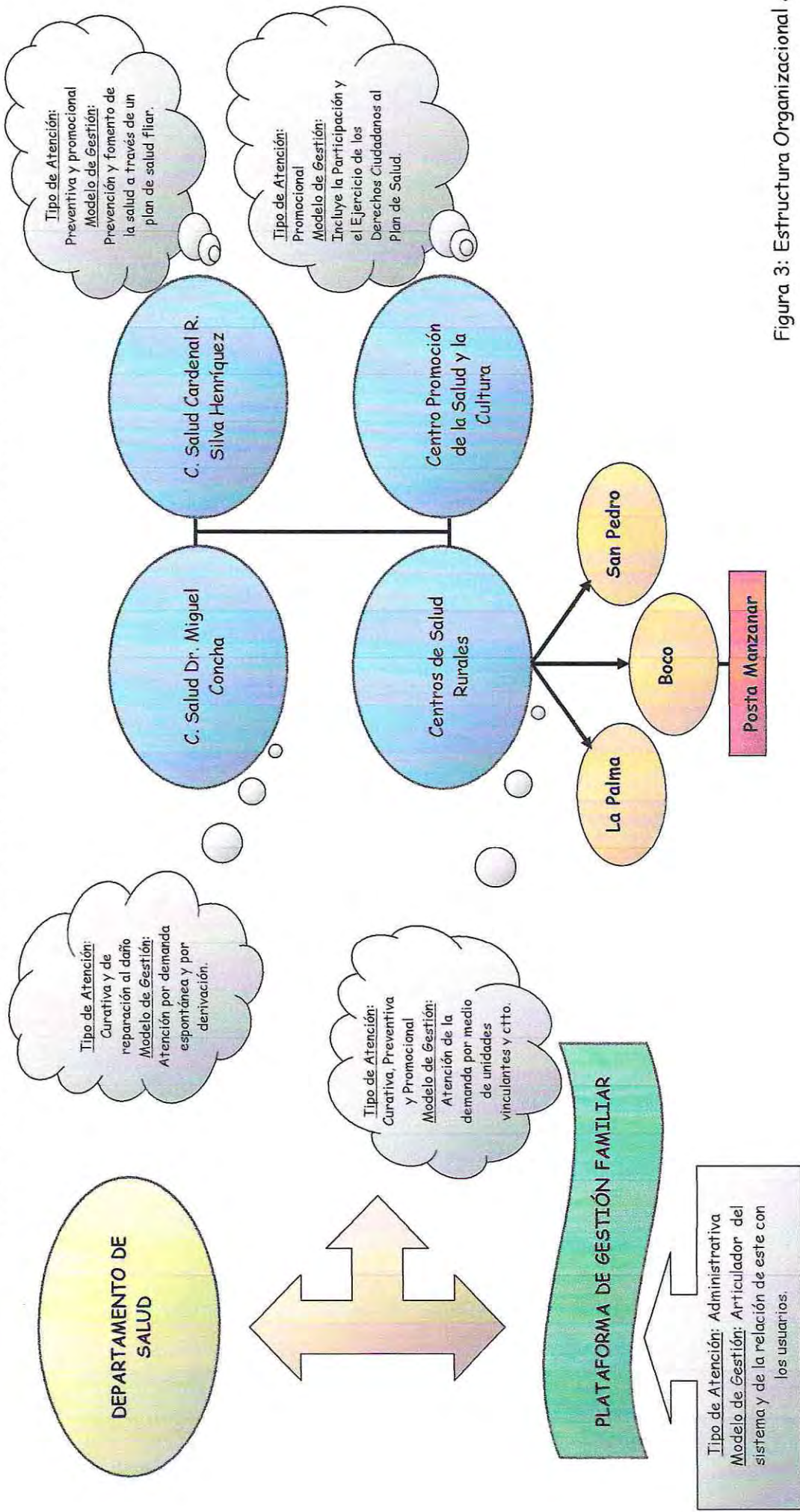


Figura 3: Estructura Organizacional APSQ.

- *Líneamientos Programáticos de los organismos dependientes del Departamento de Salud Municipal*

1. Centro de Salud Doctor Miguel Concha: Atención curativa y reparación al daño en Salud.

- *Líneamientos programáticos:*

1. Consultas médicas generales, agudas y crónicas
2. Consultas médicas de especialidad
3. Consultas de salud mental
4. Consultas de salud bucal del adulto
5. Consultas de salud bucal de especialidad.
6. Acciones y procedimientos diagnósticos (Exámenes en general)
7. Procedimientos terapéuticos (Kinesiología y Terapia Ocupacional)

2. Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez: Atención preventiva y promocional.

- *Líneamientos programáticos: Unidades de intervención*

1. Unidad de la familia
2. Unidad de la mujer y vida en pareja
3. Unidad del niño
4. Unidad del adolescente
5. Unidad de vida sana
6. Unidad del adulto mayor

3. Centro de Salud Rurales (San Pedro, La Palma y Boco): Atención curativa, preventiva y promocional.

- *Líneamientos programáticos:*

1. Unidad de la familia
2. Unidad de la Mujer y vida en pareja
3. Unidad del niño

4. Unidad del adolescente
5. Unidad de vida sana
6. Unidad del adulto mayor
7. Unidad de promoción de la ruralidad y la ciudadanía
8. Atención a la morbilidad médica

4. Centro de Promoción de la Salud y la Cultura: Atención promocional.

▪ *Lineamientos programáticos:*

1. Acción interna (Jóvenes y mujeres)
2. Ámbito comunal
3. Red de adolescencia
4. Mesa técnica de integración social
5. Red Previene
6. Apoyo proyectos de promoción
7. Coordinación Educación - Salud

5. *Plataforma de Gestión Familiar (PGF):*

Instancia común, ubicada en el ámbito administrativo que articula los cuatro polos anteriores por medio de la centralización de gran cantidad de información de todo el sistema de Salud Municipal.

El trabajo desarrollado en esta institución es ejecutado por las (os) ejecutivas (os) de familia, las cuales poseen una cartera de familias derivadas de los Centros de Salud por medio de las Unidades de la Familia, y cuya misión es acoger, orientar, verificar y realizar seguimientos para asegurar que el Plan de Salud asignado por los profesionales de los centros se esté desarrollando en cada uno de estos grupos familiares.

La Plataforma de Gestión Familiar entrega también otras prestaciones como:

- Inscripción Per-cápita.
- Asignación de Carnet Municipal de Atención y de Ejecutiva (o) de Familia.
- Asignación de horas médicas a las familias asignadas a la PGF.
- Visitas domiciliarias a las familias asignadas a la PGF.
- Distribución de interconsultas a especialidades al HSMQ.
- Realizar el protocolo de reclamos, sugerencias y felicitaciones.
- Realizar estadísticas mensuales del trabajo realizado para el posterior envío de informes en forma trimestral a diferentes áreas municipales.⁷

A comienzos del año 2005 y de manera de adecuar la gestión a los actuales procesos de modernización, la administración del Departamento de Salud reestructuró su administración a partir de la incorporación de cuatro nuevas áreas de trabajo para el desarrollo de sus funciones. Incorporando las áreas de Gestión Clínica, Gestión de Admisión, Recursos Humanos y Presupuestos y Finanzas. De tal manera el organigrama de la institución se establece de la siguiente forma:

⁷ Departamento de Salud. Ilustre Municipalidad de Quillota. "Plan de Salud Comunal 2002 - 2004". Quillota. 2002.

ADMINISTRACIÓN DEPARTAMENTO DE SALUD. ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

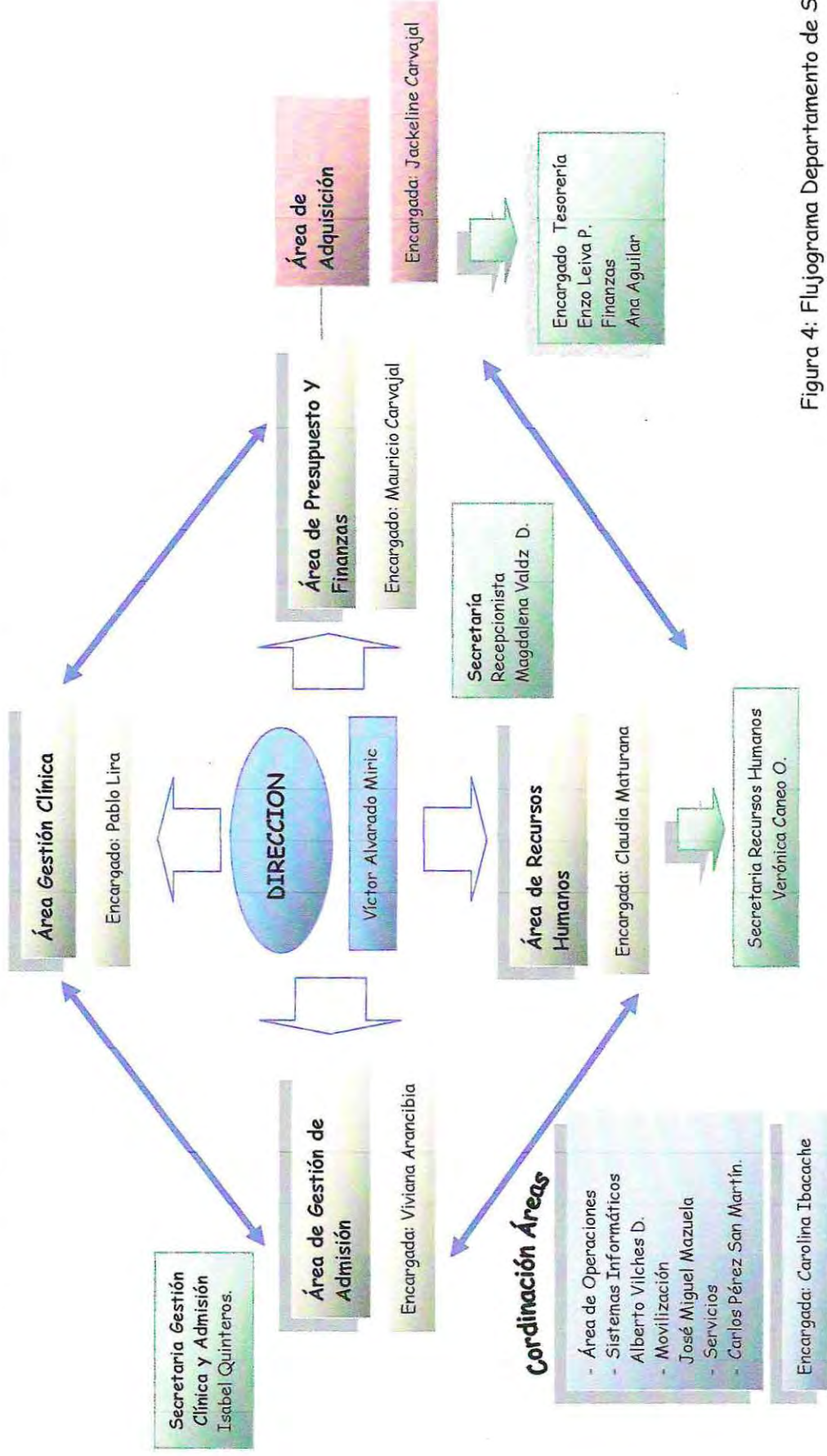


Figura 4: Flujoograma Departamento de Salud.

- DOTACIÓN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota, comprendiendo los siete centros dependientes del DDS e incluyendo este último, cuenta con una dotación de 181 personas, divididos por centro de la siguiente manera.

ESTABLECIMIENTO	DOTACIÓN
Centro de Salud Dr. Miguel Concha	69
Centro de Salud Cardenal Raúl Silva H.	51
Centro de Salud San Pedro	11
Centro de Salud Boco	8
Centro de Salud La Palma	11
Centro de Promoción de la Salud y Cultura	8
Plataforma de Gestión Familiar	10
Departamento de Salud	13
TOTAL	181 TRABAJADORES (AS)

Cuadro 6: Dotación APSQ.

El conjunto de trabajadores (as) que presta servicios en la red de atención primaria de salud de la comuna, rigen su accionar laboral según el lugar en el cual desempeñen labores técnicas - profesionales. Mientras que los cinco centros de salud de la red, más el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura y la Plataforma de Gestión Familiar rigen su accionar por el Estatuto de Atención Primaria (Ley 19.378), los (as) funcionarios (as) del Departamento de Salud se rigen por el Código Laboral (Ley 18.620) y en su defecto por el Estatuto Municipal.

Dentro del sistema la contratación puede manifestarse bajo cuatro modalidades:

- Contrato Indefinido
- Contrato A plazo fijo
- Contrato a Honorarios o por Programas
- Contrato por Reemplazo

- MODELO DE SALUD COMUNA DE QUILLOTA

▪ Evolución de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota

Tradicionalmente el éxito de una organización dependía de la pertinencia en la toma de decisiones de la dirección, así como la responsabilidad recaía en los altos niveles jerárquicos y los (as) trabajadores (as) sólo ejecutaban las actividades o tareas que les asignaban sus superiores⁸.

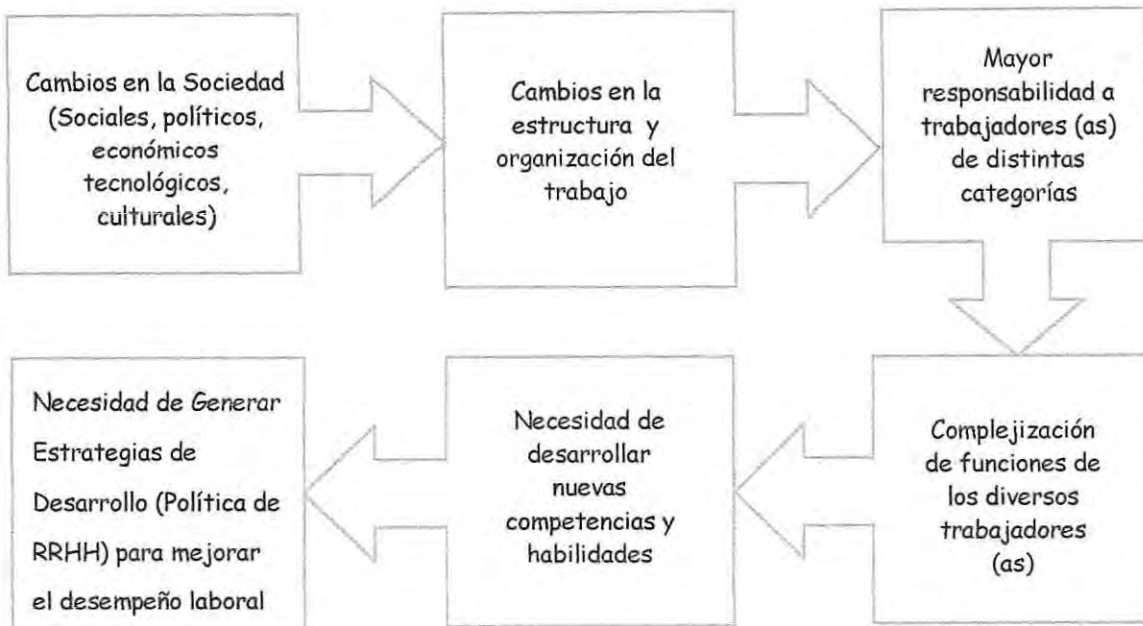
Sin embargo, los cambios en la sociedad han generado nuevas exigencias para los (as) trabajadores (as) en los diversos ámbitos en los cuales se desempeñan, en este caso, los trabajadores (as) de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota, han debido dar un nuevo significado a los contenidos de su formación y desempeño laboral. Dicho cambio radica en el continuo proceso de adaptación a las nuevas exigencias que se desprenden de los continuos cambios experimentados por cualquier organización que conoce la necesidad de transformarse para cumplir de mejor manera los objetivos organizacionales.

En este sentido los (as) trabajadores (as) de la Atención Primaria de la Comuna de Quillota, han experimentado un proceso de cambio en virtud de los continuos procesos de adaptación de la gestión de su organización en función de entregar servicios de mejor calidad a la comuna de Quillota.

A continuación se presenta un esquema del proceso de adaptación del desempeño laboral de los (as) funcionarios (as) del Sistema de Atención Primaria de la comuna de Quillota:

⁸ Muñoz C. Paola y Vilaza S. Claudia. "Competencias Profesionales y estándares de desempeño de Trabajo Social en el ámbito municipal". Seminario de Título. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. 2004

Figura 5: Proceso de adaptación trabajadores (as) APSQ.



Con el objeto de facilitar un análisis de la evolución de la organización, es necesario establecer una visión general respecto de la variación que ha experimentado la Atención Primaria de Salud, en virtud de las distintas etapas por las que ha atravesado dicha organización.

▪ Etapas de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota

ETAPA	PERÍODO	PRODUCTO
Traspaso	1988 - 1994	- Creación Departamento de Salud Municipal como entidad administradora del Sistema de Atención Primaria de Salud.
Reingeniería	1994 - 1997	- Informatización de las tareas. - Primeros indicios de modernización de la Gestión en Salud.
Reforma Local de Salud	2000 - 2002	- Plan propio de Salud Local (Actualmente Vigente)
Reestructuración DDS	2005	- Creación cuatro áreas de Trabajo al interior del DDS

Cuadro 7: Etapas APSQ.

El sistema de Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota ha transitado por diversas fases que han marcado su accionar y que a su vez la han distinguido frente a otros administradores de Atención Primaria de Salud del país.

Las fases por las cuales ha atravesado la organización son muy marcadoras en cuanto a los acontecimientos que ahí se desarrollaron, por cuanto pueden distinguirse y apreciarse con total claridad por quién se interioriza en el análisis interno de la organización, como también por quienes han desarrollado funciones al interior de la organización por tiempos prolongados.

Dado lo anterior, es que cada una de estas etapas es completamente distinguible por el sistema, así como también ubicada rápidamente en el tiempo y acontecimientos que marcaron su pasar. A continuación se presentan las diversas fases que marcaron y marcan el desarrollo de este sistema:

- *ETAPA DEL TRASPASO (1988 - 1994):*

Si bien el proceso de traspaso de la administración de los Servicios de Atención Primaria de Salud desde los Servicios de Salud a las respectivas Municipalidades comenzó a principios de la década de los 80', el término de éste período se desarrolló entre los años 1988 y 1989.

Para dar respuesta eficiente a la administración Municipal de la Salud Primaria surgieron los Departamentos de Salud en las diferentes comunas, quienes serían los responsables de la dirección de todos los servicios de atención primaria de cada comuna.

Durante este período, la situación comunal era más bien complicada, existía una organización limitada en varios aspectos, principalmente en el ámbito económico. La organización se encontraba en un período crítico de desfinanciamiento, lo que generaba escasez principalmente para la contratación de horas profesionales, especialmente médicas y para la provisión de insumos. Dicha situación impedía entregar un servicio de calidad a la comunidad, generando

además de un descontento en la población, disconformidad en los (as) propios trabajadores (as) del sistema, quienes no contaban con los mecanismos necesarios para desempeñar de manera eficiente su labor técnica - profesional.

Por otra parte era una organización desgastada que contaba con el apoyo reducido de profesionales, y por otra parte había escasez de gente dispuesta a aportar ideas distintas, crear nuevos desafíos para cambiar el rumbo de la organización y posibilitar la forma de hacer las cosas de manera diferente.

Las relaciones interpersonales al interior de la organización no eran lo necesariamente adecuadas, existía gran desconfianza entre los (as) propios funcionarios (as) y también de éstos con los directivos. Era una organización muy segmentada, marcada por sensibilidades políticas en donde existían quienes apoyaban la democratización del Municipio y quienes no. En virtud de lo anterior los liderazgos al interior del sistema denotaban la marca política en el ejercicio de la dirección y administración.

A principios de la década de los 90' y tras un cambio en la direcciones, tanto municipal como a nivel departamental, la gestión de la Atención Primaria de Salud de la comuna comienza a tomar un nuevo rumbo. Primero se desarrolla un proceso de reestructuración de la administración la cual contó con un apoyo considerable a nivel municipal. El apoyo entregado por el municipio se reflejó principalmente en un incremento del presupuesto para la APSQ, el que contribuyó, en gran parte, a generar niveles crecientes de desarrollo organizacional.

En el ámbito de la gestión se definen temas críticos al interior de la organización, como el sistema de remuneraciones, se fomenta la apertura a la participación ciudadana por medio de la implementación de talleres, se mejoran las condiciones físicas de los (as) trabajadores (as) y se realiza una importante inversión en lo que se refiere al mejoramiento de las condiciones para la atención en salud. A partir de todos los cambios anteriores los niveles de confianza al interior del sistema aumentaron y tanto la comunidad como los (as) trabajadores (as) reconocieron el esfuerzo realizado, pese a que aun existían un número

importante de tareas pendientes para responder de manera eficiente a los requerimientos de usuarios (as) y funcionarios (as).

▪ *ETAPA DE REINGENIERÍA (1994 - 1997):*

La etapa de la Reingeniería significó un gran cambio al interior del sistema y también generó una diferencia considerable en la forma de prestar servicios de salud a la comunidad. Durante este período no hubo solo un cambio a nivel cuantitativo con la incorporación del sistema informático a las labores diarias de los (as) funcionarios (as), si no que también generó un cambio a nivel cualitativo en lo relativo a la gestión, el cual se expresó principalmente en el cambio de actitud que debieron desarrollar tanto trabajadores (as) como usuarios (as) que utilizaban el sistema público de atención primario de salud para adecuarse a los nuevos cambios que experimentaba el sistema.

La etapa de Reingeniería no sólo contemplo la incorporación del uso de tecnología al interior de la organización, si no que incorporó por una parte una gran inversión para la reposición y remodelación de todos los centros de la red primaria de salud, así como la creación de una posta rural en el sector de Manzanar. Por otra parte, trajo consigo la implementación de otros beneficios que contribuirían al logro de una mejor entrega en la calidad de los servicios prestados. De tal modo se incorporaron nuevos mecanismos a la gestión, entre los que cuentan:

- Sistema Computacional y acceso a línea 800 para la dación de horas de atención.
- Agendas diferidas
- Selector de demandas
- Extensión horaria
- Módulos de admisión abiertos (se eliminaron los SOME)
- Redistribución del personal de apoyo
- Capacitación de funcionarios (as) en manejo computacional
- Capacitación de profesionales en temas de gestión en salud

Cada uno de estos mecanismos generó un cambio radical a lo que entonces se conocía en atención en salud primaria. La experiencia de Quillota en ese momento se comparaba solo a algunas gestiones realizadas en la comuna de Las Condes en la región Metropolitana, considerando que esta última posee un ingreso económico mucho mayor a lo que como comuna de Quillota se aspiraba.

Fue una época marcada por la incertidumbre, dado que todo cambio genera inseguridad en quienes deben ejecutarlo, por tanto cada una de las personas que componían la Atención Primaria de la comuna, debió adecuarse y a la vez capacitarse para enfrentar dicho desafío.

Así también fue fase de crecimiento para los trabajadores (as) y también de reconocimiento, el cual estuvo marcado por la visita de personajes ilustres de la época, entre las que cuentan la inauguración de la línea 800 por parte del entonces Presidente de la República Sr. Eduardo Frei Ruiz - Tagle.

Todo lo anterior generó un ambiente de satisfacción tanto en trabajadores (as) como en usuarios (as), lo que por una parte desarrolló niveles de compromiso y lealtad altísimos con la institución y por otra parte la satisfacción usuaria de la comunidad y la adhesión al sistema que da pie a que hoy una cantidad importante de personas, incluyendo gente de otras comunas, se incorpore al sistema local de salud.

Sin embargo, todo cambio genera mayores responsabilidades y esfuerzos por parte de quién administra y dirige una organización, por lo que la luego de un par de años el sistema informático comenzó a generar problemas dado la obsolescencia de los equipos computacionales y el aumento considerable de la demanda. Lo anterior determinó en los agentes administradores la inquietud de generar nuevas estrategias de modo de dar respuesta a las nuevas exigencias en las que se encontraba inmerso el sistema. Fue así como se dio paso a la formulación de un Modelo de Salud Local, centrado en las necesidades específicas de la comuna de Quillota.

▪ *ETAPA DE REFORMA LOCAL (2000 - 2002):*

Varias fueron las razones que llevaron a la comuna a generar un Plan de Salud propio, centrado en las necesidades de la comuna. Entre estas muchas razones cuentan el dar respuesta a las dificultades que se desprendían de la etapa de la reingeniería, el adecuarse a la entonces complejización del entorno, el aumento considerable de la dotación dado el cambio en el sistema de financiamiento, el aumento de los recursos ahorrados por los requerimientos de programas, el cumplimiento de metas establecidas por programas como requisito Ministerial y, por su parte, la implementación de la Reforma Nacional de Salud, la cual centra a la atención primaria como motor fundamental de la salud en Chile, en donde la resolutivez debe ser el eje principal de su accionar.

Desde su elaboración, el Modelo Local de Salud visualizó una lógica innovadora sobre la forma como se desarrollan las acciones dentro del ámbito de la atención primaria. El modelo planteaba la separación de las funciones que se realizaban en los dos centros de salud urbanos, donde por una parte, se trataría todo el tema de atención curativa y de reparación al daño en salud (morbilidad) y por otra, se abordaría el tema preventivo y promocional en salud. Además el Plan contemplaba la incorporación de dos nuevos centros para el desarrollo de la Gestión en Salud, los cuales tendrían una mirada distinta e innovadora en la entrega de servicios. Estos centros serían el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura y la Plataforma de Gestión Familiar, en cuyos inicios se denominó Plataforma de Clientes y que fue modificada dado el enfoque familiar con el cual se iba mover tanto el modelo como esta unidad en particular.

Lo anterior llevó a la reestructuración y especialización de los centros de salud definiendo sus líneas de acción y concentrando las tareas en centros diferenciados. Por su parte, los establecimientos de salud no urbanos orientarían su accionar al desarrollo de comunidades rurales saludables, por medio de la creación de unidades de trabajo dedicados tanto al tema curativo, como preventivo y promocional. En este sentido el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura y la Plataforma de Gestión Familiar se presentaban como organismos de apoyo a la

gestión, contribuyendo en la entrega de una atención integral, de calidad y en pro de construir una comuna saludable.

Dicha etapa no estuvo exenta de dificultades, la principal de éstas fue la falta de apoyo del Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota, quién no estuvo de acuerdo con el cambio en Modelo de Salud y generó un obstáculo mayor a la hora de implementar el Plan de Salud. Sin embargo el respaldo brindado por el Municipio y los grandes esfuerzos del Equipo Directivo de la APSQ, permitieron que en el año 2002 el Presidente Ricardo Lagos Escobar presentara y validara dicho modelo en la inauguración del nuevo Centro de Salud Doctor Miguel Concha.

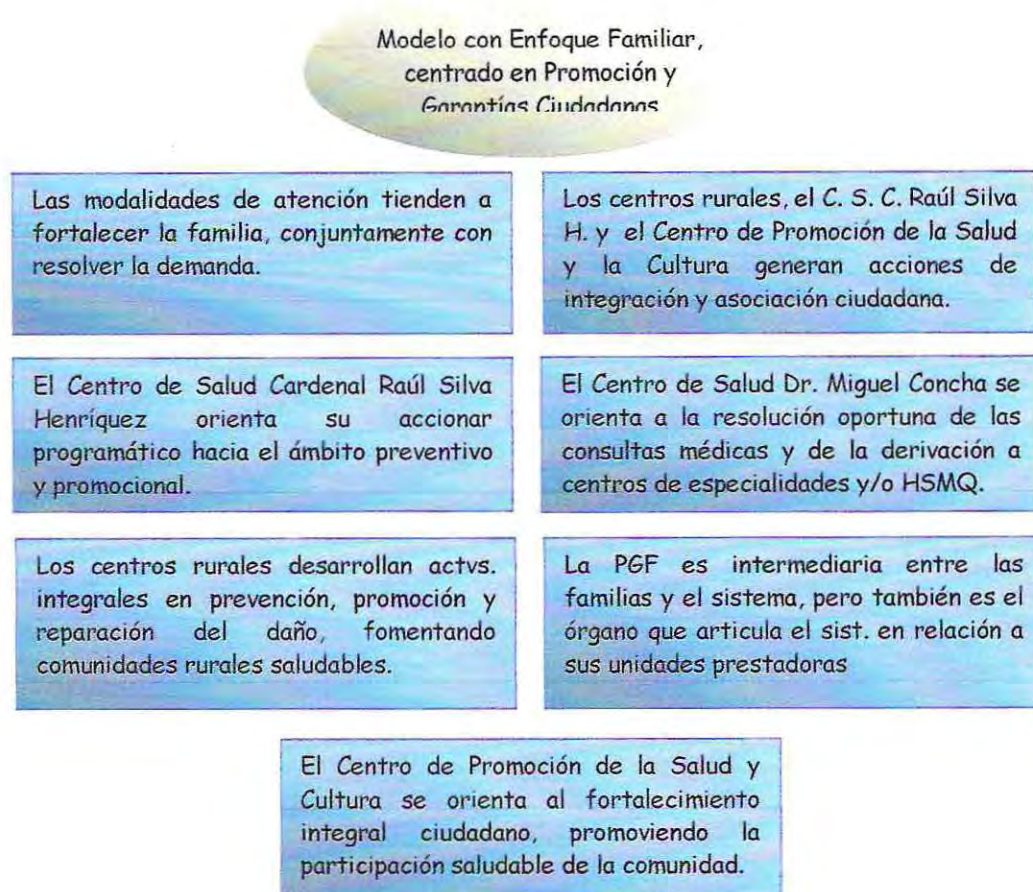
En cuanto a la visión de los (as) trabajadores (as) esta es coincidente y visualizan la implantación del Plan de Salud como una importante oportunidad de desarrollo para el sistema y para ellos (as) como funcionarios (as) de la APSQ. Si bien este nuevo cambio generó resquemores, en un principio, dado principalmente la readecuación del personal, la actitud frente al cambio en general fue positiva y ajena a dificultades mayores.

→ Enfoque del Modelo de Atención Primaria de Salud de Quillota

La Gestión en Salud Primaria de la comuna de Quillota posee un Enfoque Familiar, centrado en la Promoción de la Salud y Garantías Ciudadanas, principalmente, pretende lograr la corresponsabilidad familiar en el proceso de Salud - Enfermedad y la entrega de servicios resolutivos y de alto valor agregado, sean éstos en el ámbito preventivo como en la dimensión del daño en salud. Lo anterior asociado a la satisfacción usuaria y la participación social de actores urbanos y rurales, como agentes claves en el logro de la misión municipal de hacer de Quillota una comuna Saludable⁹.

⁹ I. Municipalidad de Quillota. Departamento de Salud. "Plan de Salud 2002 - 2004". Quillota. 2002

Figura 6: Principales ámbitos de acción del Modelo Local de Salud.



→ PLAN DE SALUD COMUNA DE QUILLOTA¹⁰

La Administración Municipal de los Servicios de Atención Primaria estableció la posibilidad de que cada entidad administradora definiese su propio plan de salud, respondiendo, por una parte, a las orientaciones ministeriales en salud y por otra, se adecuase a la realidad y dinámica local.

- **Objetivos del Plan de Salud Comunal (2002 - 2004):**

1. Desarrollar una intervención sanitaria que impacte favorablemente en las prioridades definidas para la comuna y en una alta satisfacción de los (as) usuarios (as) del sistema.

¹⁰ Op. Cit. N° 18. I. Municipalidad de Quillota. Departamento de Salud.

2. Lograr una mejor corresponsabilidad de los involucrados en el proceso salud - enfermedad, potenciando especialmente el rol de la familia en este proceso.

3. Transformar procesos productivos al interior del sistema asistencial y administrativo que cuenten con bajo valor agregado e inciden en el crecimiento de los costos.

4. Incidir favorablemente en una cultura ciudadana de mayor integración y tolerancia a la diversidad, y en la generación de comunidades saludables, especialmente en las zonas rurales.

- Operatividad del Plan de Salud

Para dar cumplimiento, tanto a los objetivos locales como a los requerimientos ministeriales, el Plan de Salud aspira a un modelo más racional y sinérgico, donde se aproveche la fuerza que entrega el trabajo sistémico organizado de los establecimientos y recursos en una Red Local de Gestión. Lo anterior se desarrolla a través de la prestación de diversos servicios, los que engloban las acciones de carácter preventivas y promocionales, junto a las de atención al daño o asistenciales.

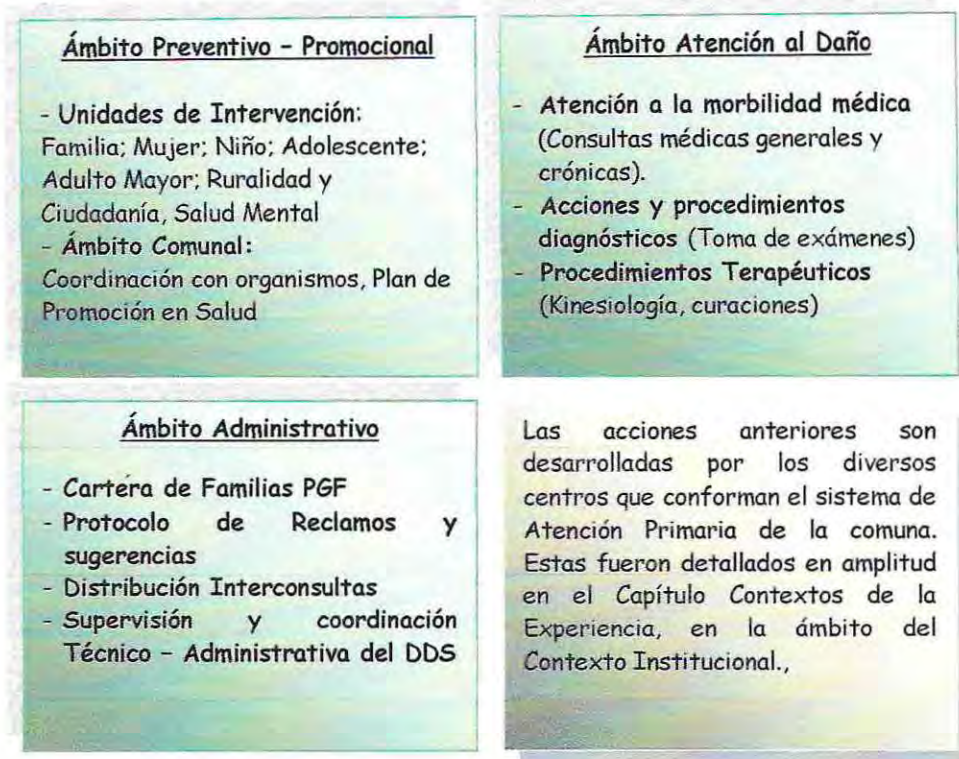


Figura 7: Ámbitos Modelo Comunal de Salud.

- *ETAPA REESTRUCTURACIÓN DDS (2005):*

A comienzos del año 2005, la administración del Departamento de Salud decidió reorganizar su labor técnica - profesional, por medio de la incorporación de cuatro áreas de trabajo. Entre estas cuentan:

- Área de Gestión Clínica.
- Área de Gestión de Admisión.
- Área de Recursos Humanos.
- Área de Presupuestos y Finanzas (Área de Adquisición).

Su objetivo era delinear los ejes de acción en los cuales se moverían cada una de ellas y a su vez establecer responsables para la ejecución de programas y proyectos específicos.

Dicha reestructuración conllevó un proceso de adecuación y asignación de roles al interior del Departamento de Salud por lo que su organigrama debió ser

modificado, estableciendo responsables y asignados a cada uno de las áreas definidas. Esta reorganización se enmarca dentro de un nuevo proceso de adecuación a las exigencias del entorno y a las necesidades derivadas del propio sistema.

Capítulo II

Marco de Referencia

MARCO REFERENCIAL

1. ESCENARIO GENERAL DE SALUD EN CHILE. CONTEXTO PRE - REFORMA

1.1 Antecedentes Históricos:

Chile cuenta con una larga y reconocida historia de Seguridad Social, con subsidios focalizados en las personas carentes de recursos (privados de empleo y condiciones sociales). En 1917 se realizó un Congreso Nacional de todas las Sociedades de Beneficencia e Instituciones Previsionales y Sectoriales que buscaba dar una mayor organización y estructuración al Sistema Previsional y Asistencial de Salud. En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro Obrero Obligatorio (Ley N°4.054). La Caja de Seguro Obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Posteriormente surgieron varias leyes sobre el trabajo.

En 1938 se dictó la Ley de Medicina Preventiva, pionera en su género en el ámbito internacional. En 1948 se constituye por Ley el Colegio Médico, destacando por su participación histórica en la formulación de las políticas de salud.¹

Sin embargo, antes de la actual Reforma a la Salud, impulsada en el año 2000, nuestro país ha conocido sólo dos momentos fundamentales que, aunque de inspiración diferente, reúnen los atributos de una verdadera reforma.

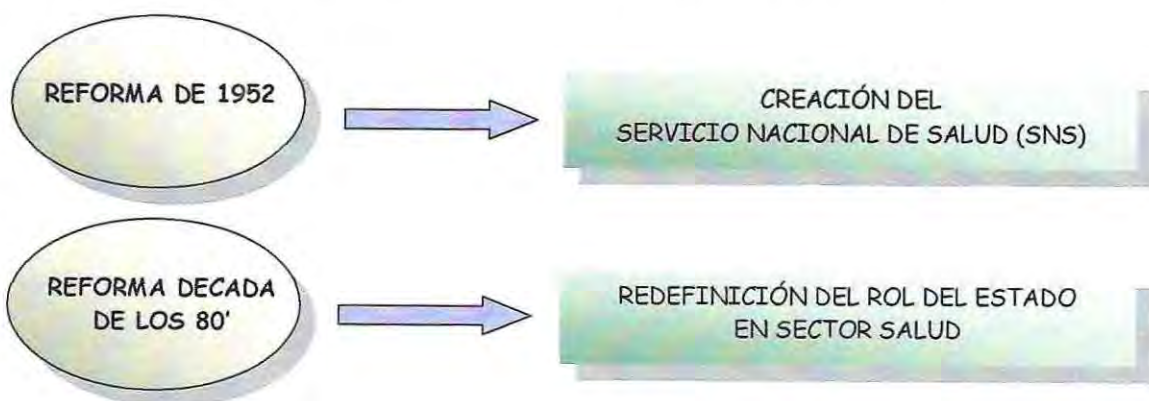


Figura 8: Reformas de la Salud en Chile.

¹ Colegio Médico de Chile A.G. "Historia de la Reforma de la Salud". Sitio Web Oficial www.colegiomedico.cl. Chile. Abril, 2005

▪ *REFORMA DE 1952*

- *Características del Proceso*

Con la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), en 1952, se unificó a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, con menor cobertura se encontraban entidades previsionales y asistenciales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales.

En 1960 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), para empleados públicos y particulares, junto a sus respectivas cargas.

La gestión política, económica y organizacional aplicada al sector salud tuvo una orientación predominantemente de planificación centralizada y en 1964 se iniciaron reformas sociales que en el área destacaron por inversiones en centros asistenciales, extensión de cobertura geográfica, formación y enrolamiento de personal.

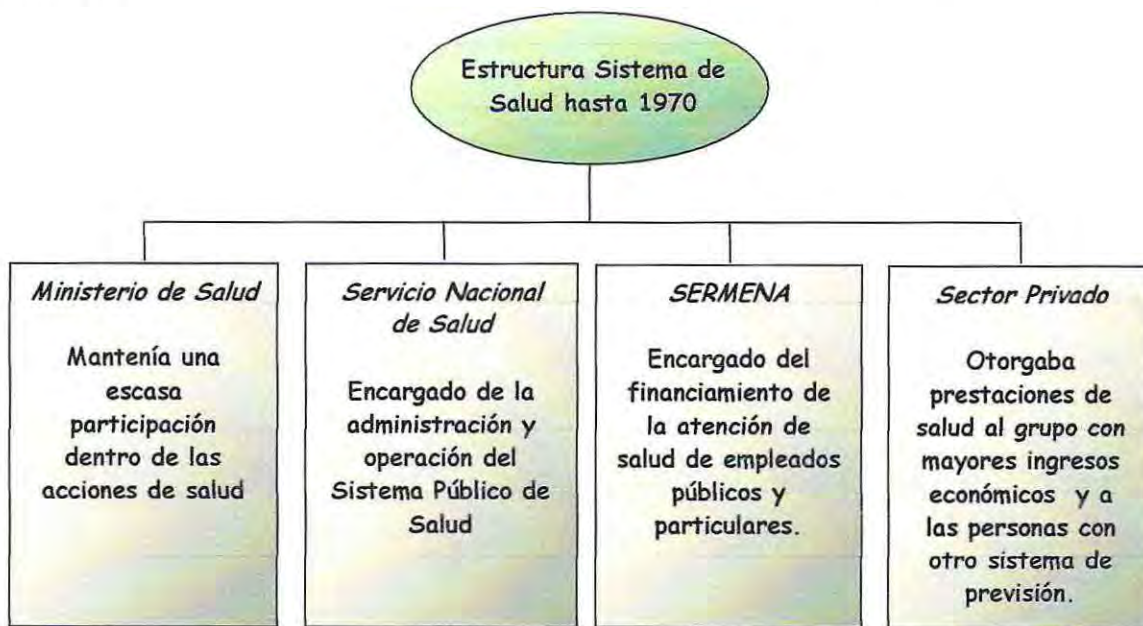


Figura 9: Estructura de la Salud hasta la década del 70'.

- Operatividad del Sistema

El SNS se transformó en una empresa con 120.000 funcionarios, cuya red asistencial alcanzó una importante cobertura geográfica y el ejercicio de la medicina estuvo estrechamente ligado al desarrollo social del país, incluyendo liderazgo social y político. De esta forma, a inicios de los años setenta, el sistema de salud chileno se organizaba básicamente a través de la interacción de cuatro agentes: el Ministerio de Salud, el SNS, SERMENA y el sector privado.²

El país se dividía en 13 zonas de salud las que se encontraban subordinadas al Director del SNS, quien coordinaba las acciones de dichas zonas. El SNS, bajo administración estatal, era el responsable de atender a los obreros, sus cargas e indigentes. La cotización era de carácter obligatorio y no se contaba con libertad de elección en establecimientos de salud ni en personal médico (hacia fines de la década del 70' se autorizó el uso de bonos del SERMENA dando a los (as) trabajadores (as) libertad de elección en las prestaciones de salud). La clase obrera tenía acceso a prestaciones en el sector privado, sin embargo, éstas debían ser financiadas íntegramente con sus ingresos.

La fuente de financiamiento del SNS provenía de aportes patronales, aportes de los trabajadores y aportes fiscales. El SERMENA financiaba las atenciones de salud de los empleados y sus cargas, bajo un esquema de libre elección de prestadores, pero no entregaba prestaciones directas y su base de financiamiento consistía en cotizaciones de los empleados dependientes. El sector privado atendía a los beneficiarios del SERMENA que optaban por atenderse con prestadores privados, a las personas que contaban con recursos para financiar su salud de manera independiente y a quienes pertenecían a algún otro sistema previsional.

² Aedo I. Cristián. "Las Reformas en la Salud en Chile", Centro de Estudios Públicos, sitio Web oficial www.cepchile.cl. Chile, Mayo 2005.

ENTIDAD	FINANCIAMIENTO
SNS	- Aporte Fiscal - Aporte Patronal - Aporte de los (as) trabajadores (as)
SERMENA	- Cotizaciones de los (as) trabajadores (as)
SECTOR PRIVADO	- Pago directo al momento de recibir atención

Cuadro 8: Financiamiento de los Servicios de Salud de la época.

▪ *REFORMA DE LA DÉCADA DE LOS 80'*

- *Características del Proceso*

Durante el Gobierno Militar se comienzan a crear reformas estructurales de carácter neoliberal en todos los ámbitos de desarrollo social del país: salud, previsión, educación, transporte y vivienda.³ Estas reformas tenían como objetivo fundamental la liberalización de la economía, la reducción del tamaño del Estado y la adopción de un modelo de desarrollo económico y social inspirado en la economía de mercado, basado en el principio de subsidiariedad del Estado, la participación activa del sector privado en la economía y en la asignación de recursos a través del mercado.

En cuanto a salud, el objetivo central era traspasar la responsabilidad de la salud, que hasta ese momento era compartida por el Estado y el trabajador, al individuo. Con esto, se pretendía que cada persona se hiciera responsable de su salud, y el Estado, en su rol subsidiario, se responsabilizara sólo de los carentes de recursos e indigentes.

En 1979, a través del Decreto Ley N° 2.763, se redefinen las funciones del Ministerio de Salud, se produce la fusión de los recursos del SNS y del SERMENA, creándose el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Sistema

³ Op. Cit. N°1: Colegio Médico A.G.

Nacional de Servicios de Salud (SNSS), el Instituto de Salud Pública (ISP) y la Central de Abastecimientos del SNSS (CENABAST).⁴

- *Operatividad del Sistema*

El Sistema de Salud Pública queda bajo responsabilidad del Ministerio de Salud, quien tiene por tarea el diseño de políticas y programas; la coordinación de las entidades del área (SNSS, FONASA, ISP, CENABAST) y la supervisión, evaluación y control de las políticas de salud.

FONASA es el responsable de las labores de administración y financiamiento que realizaban el SNS y SERMENA, constituyéndose, para tales efectos, como un servicio público descentralizado, con personalidad jurídica, patrimonio y planta propia. FONASA pasa a ser la principal institución financiera del sector público de salud, responsable de recaudar, administrar y distribuir los recursos financieros del área.

Por otra parte, la labor ejecutora que realizaban el SNS y SERMENA es asumida por el SNSS, conformado por 27 Servicios de Salud, que son organismos descentralizados, con autonomía administrativa, personalidad jurídica y patrimonio propio. De estas entidades, 26 son responsables de entregar servicios curativos, preventivos y de promoción de la salud en zonas geográficas determinadas. El servicio restante corresponde al Servicio de Salud del Ambiente. De los Servicios de Salud dependen los establecimientos de atención primaria y la infraestructura hospitalaria pública del país, compuesta de 188 hospitales de diversos niveles de complejidad y responsables de las prestaciones de salud secundarias y terciarias.

⁴ Op. Cit. N° 2. Cristián Aedo

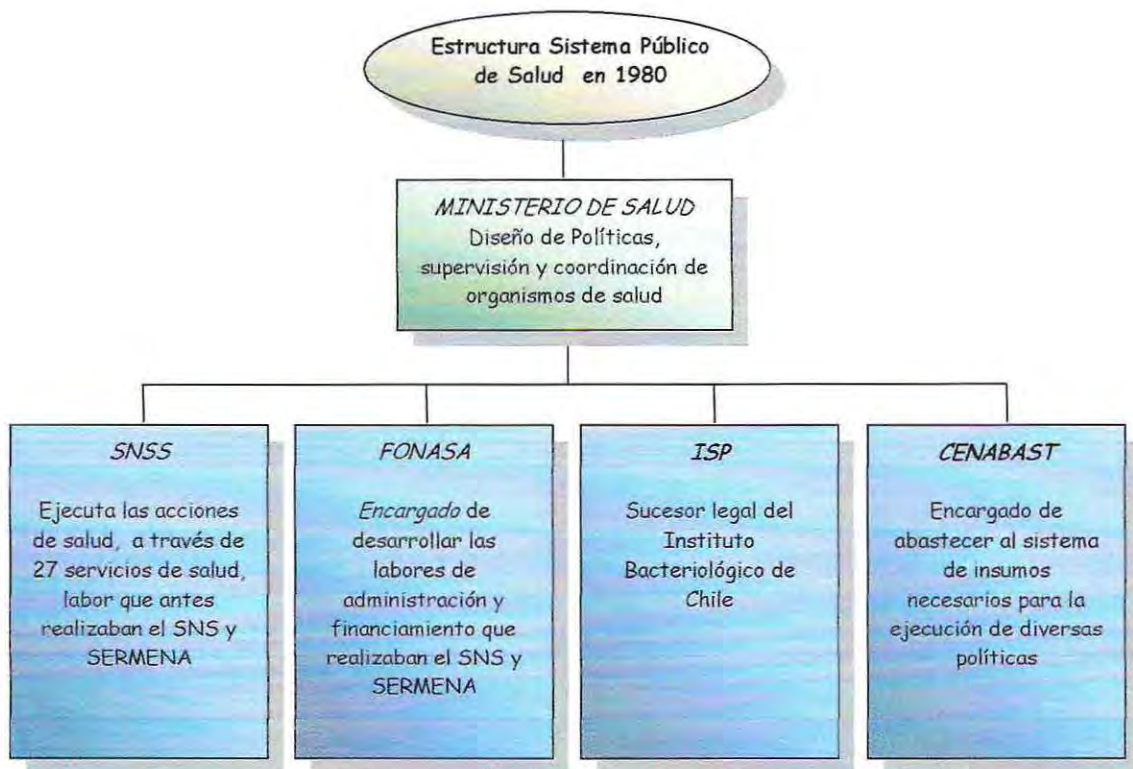


Figura 10: Estructura Sistema de Salud Público 1980.

En 1981 se producen dos cambios importantes. En primer lugar, basado en la aplicación del Decreto Ley N° 1 - 3.063, de 1980, se comienza el proceso de municipalización de los Centros de Atención Primaria y en segundo lugar, con el dictamen del Decreto Ley N° 3.626 y del Decreto con Fuerza de Ley N° 3 que lo reglamenta, se establece la formación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), dando libertad de elección al trabajador (a) dependiente para optar a comprar su seguro obligatorio de salud ya sea en el Sistema Público (FONASA) o en el recién creado Sistema Privado (ISAPRE). Para estos efectos se establece una cotización obligatoria del 4% del ingreso imponible del trabajador (a), porcentaje que aumento hasta llegar, en 1986, al actual 7% del ingreso imponible con un tope máximo de 4,2 UF mensual.

- *Introducción Municipal de la Salud en Chile*

La función de brindar salud primaria a la población, fue traspasada a las Municipalidades en la década del 80', mediante el Decreto Ley N° 1 - 3.063 del año 1980. Dicho decreto permitió la entrega de la administración de Consultorios y

Postas Rurales de la red de Establecimientos de Atención Primaria del Estado a las distintas Municipalidades del país.

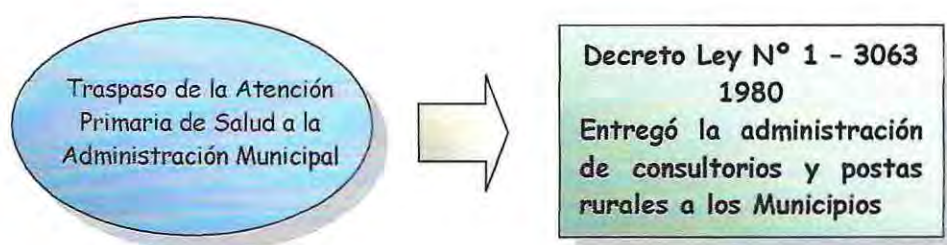


Figura 11: Normativa del Traspaso.

El traspaso hacia las entidades municipales se realizó mediante convenios realizados entre éstas y los respectivos Servicios de Salud. La transferencia contempló la entrega de bienes muebles e inmuebles en comodato por un plazo renovable de 10 años de duración.

El traspaso de los Servicios de Atención Primaria a las diferentes comunas se realizó con el objetivo de descentralizar la administración, y a su vez, entregar una mayor capacidad de decisión al nivel local respecto de la definición de prioridades sociales de las comunas. La concreción del traspaso se comenzó a realizar a partir del año 1987, momento en que se delegó el 90% del total de los Centros de Salud del país. Sin embargo, no fue hasta 1995 donde se consolidó este traspaso mediante la promulgación del Estatuto de Atención Primaria Municipal, el cual transfería de manera definitiva todos los consultorios que se encontraban, a esa fecha, en poder de los Municipios. Este traspaso de funciones, significó que de 26 Servicios de Salud administradores de Salud Primaria, se pasó a 314 entidades administradoras de esos mismos servicios.

A los Servicios de Salud, les correspondió en este nuevo contexto, cambiar de rol, ejerciendo, a partir de entonces, las funciones de regulación y supervisión de los nuevos administradores de salud. Sin embargo y dado que el traspaso hacia la administración Municipal no contempló la totalidad de los Centros de Atención Primaria, subsistieron tres sectores, el primero administrado directamente por los Servicios de Salud, un segundo sector con dependencia Municipal y un tercero

mixto, en donde la administración de las funciones era tanto Municipal como del Servicio de Salud.

Por otra parte, y con el fin de permitir que las Municipalidades asumieran estas nuevas y múltiples funciones, el Estado hizo en paralelo reformas a la normativa legal que regía el financiamiento municipal, de modo que se generara un mejoramiento en el acceso a tributos estatales. Para ello, se creó un mecanismo redistributivo de los recursos obtenidos por la totalidad de los municipios, llamado Fondo Común Municipal (FCM) el cual permitió compensar las enormes diferencias de ingresos entre las municipalidades.

Otro cambio relevante en el panorama municipal de la época, fue la aparición de las Corporaciones Municipales para administrar servicios traspasados, opción que tuvieron disponible las municipalidades hasta comienzos de los años noventa.

El sistema de financiamiento estatal para la salud primaria, inicialmente, consistió en un pago mensual por un total de prestaciones efectivamente realizadas en cada establecimiento, a través del sistema FAPEM (Facturación por Atención Prestada en Establecimiento Municipal).

El personal de los respectivos centros y que, por ende, pasaron a ser funcionarios (as) municipales, pertenecían al Estatuto Administrativo, y mediante sucesivos decretos, pasaron al Código del Trabajo dentro de las municipalidades, conservando la antigüedad de sus cargos, no así la condición de estabilidad laboral que el Estado antes les garantizaba. Se traspasó un total de 9.000 funcionarios (as), y a éstos se unieron 2.000 más provenientes de Programas de Emergencia de Empleo (Programa Empleo para Profesionales PERH y Programa Empleo para Jefes de Hogar POJH).

Originalmente, el monto del financiamiento estatal cubría casi en un 100% el costo de la operación, dado el bajo nivel de prestaciones efectuadas a la población beneficiaria, lo que implicaba una baja dotación de recursos humanos y muy pocos insumos.

Las Municipalidades con mayores recursos, hacían mayores aportes, y en muchos casos mayores inversiones en la infraestructura y mejoramiento del sistema. Es decir, si uno de los objetivos de la municipalización, fue entregar mayores recursos públicos a la comunidad, esto sólo se cumplió donde había disponibilidad, mientras que en los demás municipios la situación se mantuvo en niveles discretos de mejoramiento.

Un elemento común de mejora en todas las comunas fue el aumento de personal, tanto a nivel profesional, como a nivel de personal de apoyo. Se evidenció que para esta mayor oferta de empleo había algunos recursos que escaseaban, como es el caso de los (as) profesionales Médicos y Enfermeras. Hacia 1991, las municipalidades en su conjunto, tenían contratados a 14.000 funcionarios, que ya se organizaban a nivel nacional, para expresar su principal reivindicación: Ser regidos, en su relación laboral con las municipalidades, a través de un Estatuto que garantizara un aumento progresivo de las remuneraciones a través de una Carrera Funcionaria y la recuperación de la estabilidad laboral perdida al momento del traspaso.

Esta suma de condiciones generó modos diferentes de administrar un mismo Plan de Prestaciones de Salud Primaria en el país. Se crearon diferentes dotaciones de personal, diversos niveles de remuneraciones, variados estándares de calidad, distinta modalidad de vinculación con los usuarios, incluso el Plan de Prestaciones Comunes fue cambiando en función de los distintos requerimientos de los servicios de salud y de las propias iniciativas locales.

Al hacer una revisión del proceso de traspaso de competencias a las municipalidades, resalta la ausencia de capacitación y habilitación de cuadros técnicos que pudieran gestionar los nuevos servicios municipales o que colaboraran en equilibrar la alta heterogeneidad que ofrecían los municipios para administrar los Servicios de Salud Primaria que en Chile, desde su creación, habían sido homogéneos y estandarizados.

Ante esta situación de virtual desregulación del sistema, desde 1990, los sucesivos gobiernos optaron por hacer modificaciones, que principalmente se centraron en:

a) Cambiar el régimen de administración del personal pasando a un sistema estatutario, equivalente en su esencia al sistema público. Así, en Abril de 1995 se aprueba el Estatuto de Atención Primaria, obligando a las municipalidades a traspasar a ese régimen al total de la dotación disponible a ese momento.

b) Reemplazar el sistema de financiamiento FAPEM, por uno más equilibrado relacionado con el número de usuarios del sistema, así, en 1995 se aplicó el "Pago por Inscrito o Pago Per - Cápita", teniendo factores asociados como ruralidad y pobreza municipal.

c) Mejorar el Plan de Prestaciones a través de Programas dirigidos a problemas de salud específicos de la población, entregando a las municipalidades un financiamiento adicional, sujeto al cumplimiento de las nuevas prestaciones.

El municipio en Chile, actualmente, tiene el papel de administrar la mayor parte de los establecimientos de atención primaria del país. Estos establecimientos son la puerta de entrada al Sistema de Salud Público, y son organizaciones claves en materias de salud preventiva. El municipio es el que debe gestionar los recursos asignados desde el Estado y debe decidir que fracción de sus fondos propios se asignan anualmente al sector salud.

También tiene importancia en la priorización de acciones de salud tanto curativa como preventiva que se llevarán a cabo en la comuna. El municipio, al gestionar todas las áreas sociales de la comuna (vivienda, educación, recreación, salud, ambiente) es la institución que permite el encuentro entre estos diversos sectores (incluida la comunidad organizada), para así elaborar estrategias comunes que resuelvan los problemas que requieren de un abordaje intersectorial, como por ejemplo: la educación sexual y la prevención del consumo de sustancias ilegales. No hay duda que estas tareas las realizan de manera más eficiente que el gobierno

central, debido a que pueden captar mejor las necesidades de la gente, poseen la facilidad para realizar una gestión a escala menor y además son capaces de ejercer un control eficaz de la ejecución de sus planes.

Las entidades de Salud Municipal deben cumplir con el mandato establecido en el Art. N° 58 de la Ley N° 19.378 y el Art. 12 de su Reglamento General que establece la elaboración por parte de éstas, de un programa anual de salud municipal, que forma parte del Plan de Desarrollo Comunal.

El proceso de Planificación podría resumirse en:



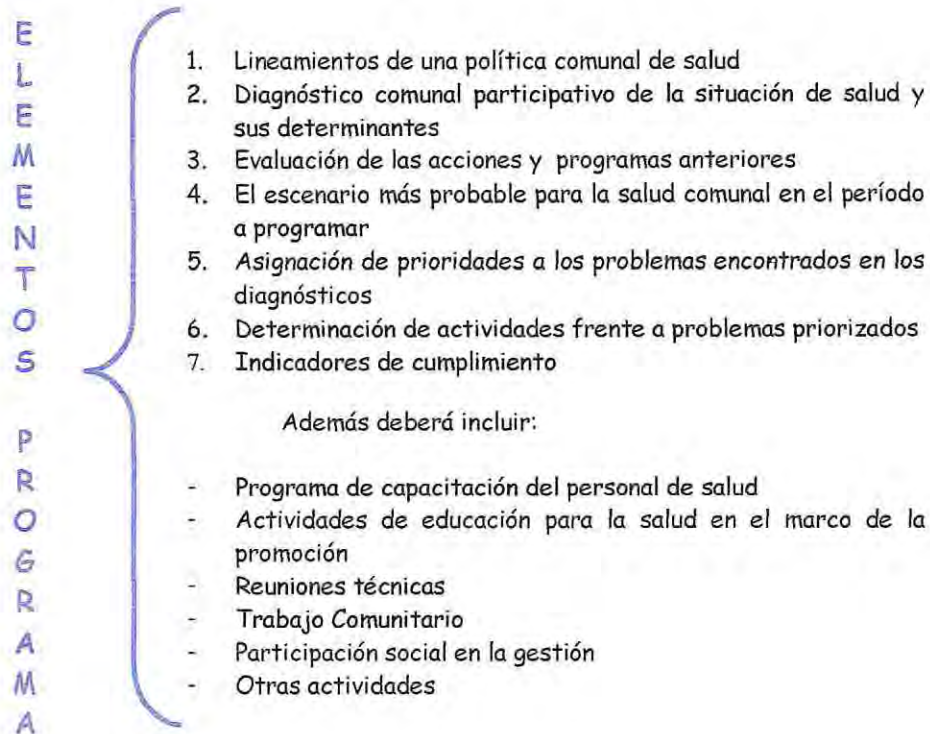
Figura 12: Etapas del Proceso de Planificación.

El Programa de Salud Municipal es un plan operativo anual y contribuye a la elaboración del Plan de Salud Comunal de mediano y largo plazo, en la perspectiva de lograr introducir el área de salud en el desarrollo local.

Este instrumento permite operacionalizar y ejecutar las políticas de salud a nivel de los establecimientos administrados por las Municipalidades en el lapso de un año; integra los programas que cada establecimiento de salud efectúa en relación a su población objetivo.

El objetivo de este programa es ejecutar las políticas de salud en el marco de las normas técnicas y programáticas que emanen desde el MINSAL, según las prioridades concordadas entre los municipios y los servicios de salud respectivos, basados en la realidad local de las comunas, a través de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, con el objeto de mejorar el estado de salud y la calidad de vida de la población.

Dentro de los principales elementos que debe contener se encuentran:



La elaboración del Programa Municipal debe basarse en los principios orientadores de la Salud, como son la Equidad, Descentralización y Participación Social, además de incorporar una programación según las políticas públicas debidamente adecuadas a la realidad local, acciones integradas en las personas a través de su ciclo vital, incorporando aspectos biopsicosociales y del medio ambiente. Para ello, el Ministerio de Salud ha definido, a través de sus normas técnicas, cuatro programas matrices: Niño, Adolescente, Mujer y Adulto. Así también debe contemplar para su ejecución acciones integradas en la resolución de los problemas de salud, incorporando en cada uno de ellos las cuatro áreas de intervención: Promoción, Prevención, Tratamiento y Rehabilitación

▪ Fuentes de Financiamiento para Programas:

- Per - Cápita
- Transferencias Municipales
- Cobros Directos
- Otros aportes estatales como reforzamiento PNAC, PAI.

- Plazos establecidos en la Ley en relación con el PSM

<u>MATERIA</u>	<u>RESPONSABLE</u>	<u>PLAZO</u>
Normas Técnicas	Ministerio de Salud (a través del SSVQ)	10 de septiembre
Proyecto de Salud Municipal	Departamento de Salud Municipal de Quillota	30 de noviembre
Observaciones del programa	SSVQ	10 días hábiles desde su recepción
Aprobación final del programa ante discrepancias Municipio - Servicio de Salud	Departamento de Salud Municipal de Quillota SEREMI SSVQ	30 de diciembre

Cuadro 9: Plazos de entrega Plan de Salud Municipal.

Cabe mencionar que los plazos expuestos con anterioridad aun se encuentran vigentes.

2. ESCENARIO GENERAL DE SALUD EN CHILE. CONTEXTO POST - REFORMA

2.1. Antecedentes Históricos de la Reforma

A partir de 1990, los gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia asumieron como responsabilidad gubernamental el administrar el sistema de salud heredado del Gobierno Militar, especialmente en lo que se refiere a⁵:

- Régimen de prestaciones (Ley de Salud).
- Configuración legal - normativa del SNSS.
- Financiamiento fiscal al sistema público.

⁵ Op. Cit. N° 1: Colegio Médico de Chile A. G.

- Administración municipal.
- Legislación de las ISAPREs.
- Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

Por otra parte, se impulsaron algunos cambios a través de iniciativas y modificaciones legales en relación a:

- Estatuto de Atención Primaria (1995).
- Modificaciones a la Ley de ISAPRES.
- Modificaciones a la Ley FONASA.

Pese a lo anterior, desde el año 2000 el Gobierno convierte la salud en un tema prioritario, pues a pesar de que Chile presenta indicadores biomédicos adecuados para su nivel de desarrollo, se mantienen ciertos problemas específicos que dificultan la asignación eficiente de los recursos. El mal diseño de los subsidios de invalidez laboral ha provocado una sobreutilización de éstos, lo que se traduce en una seria pérdida económica para el país. También hay problemas de diseño en los seguros de salud, lo que lleva a una utilización excesiva de prestaciones, principalmente en consultas médicas, y a una autoselección de los beneficiarios que termina presionando los recursos estatales. Además de esto, es necesario señalar los problemas de transparencia que existe en el nivel asegurador⁶.

A lo anterior se agrega la falta de autonomía de los establecimientos del sector público lo que conlleva una gestión ineficiente de dichos entes, además de la existencia de subsidios a la oferta por parte del Gobierno Central, que distorsionan el costo real de ciertas prestaciones.

Desde esta perspectiva, el actual Gobierno ha tomado como una de sus principales prioridades una reforma integral al sector salud. Es así como definen siete puntos fundamentales para lograr la meta⁷.

⁶ Correa Juan Luis. "Proyecto de Autoridad Sanitaria", tomado de "Marco para la Reforma de Salud" www.portalsalud.cl. Chile, Abril 2005.

⁷ Op. Cit. N° 6: Correa Juan Luis

1. La formulación de objetivos nacionales de salud.
2. Garantizar explícitamente un sistema de acceso universal a la salud.
3. Modificar el modelo de atención dirigiéndolo hacia la satisfacción de las expectativas y necesidades del usuario (a).
4. Mejorar las condiciones laborales de los (as) trabajadores (as) de la salud.
5. Reforzar la institucionalidad de una Autoridad Sanitaria.
6. Establecer un sistema de financiamiento para las reformas que se lleven a cabo.
7. Mejorar la Gestión Sanitaria.

Al poco tiempo de asumir el actual gobierno, se decide crear una Comisión para la Reforma de Salud, la que en mayo de 2001 envió al Congreso Nacional cinco Proyectos de Ley que constituían la Reforma Nacional de Salud. Estos proyectos se desglosan de la siguiente forma⁸:



Figura 13: Proyectos contemplados por la actual Reforma de Salud.

⁸ Op. Cit. N° 1. Colegio Médico A.G.

- *Causas de la Reforma de Salud*

Las razones que motivaron a emprender la transformación del sistema son⁹:

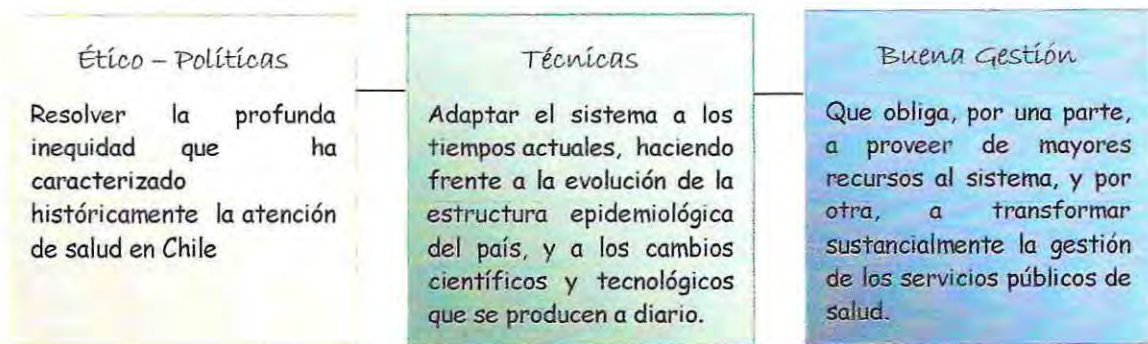


Figura 14: Principios que conllevan la transformación del Sistema de Salud en Chile.

- *Desafíos Sanitarios*

Los desafíos sanitarios son el punto de partida de la Reforma; reflejan las prioridades del Estado en las materias correspondientes al sector salud, las cuales se reflejan en cuatro puntos fundamentales para el siglo XXI:

1. *Envejecimiento progresivo de la Población.* Esto impactará decisivamente en la estructura de costos de la salud, por la creciente carga de patologías de alto costo.
2. *Inequidad en la situación de salud de la población.* Esto merma la integración social y la credibilidad de las instituciones políticas, sociales y económicas.
3. *Hacer frente, simultáneamente, a las nuevas tendencias de mortalidad y morbilidad que afectan al país.*
4. *Mejorar los logros sanitarios del siglo XX.* Así, una de las metas es continuar el descenso de la mortalidad infantil y materna. Al 2010, se espera llegar a una tasa de mortalidad infantil de 7,5 por 1.000 nacidos vivos, y a una tasa de mortalidad materna de 1,2 por 10.000 nacidos vivos.

⁹ Ministerio de Salud. "Bases para la Reforma". Sitio Web Oficial www.minsal.cl. Chile. Abril 2005

Para enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población, se deben reducir los factores determinantes de las enfermedades más relevantes desde el punto de vista de edad y calidad de vida.

▪ Ejes Rectores de la Reforma de Salud



Figura 15: Ejes rectores de la Reforma Nacional de Salud.

2.2 Nueva Autoridad Sanitaria y Gestión en Redes

El 25 de junio del año 2002, entró al Congreso Nacional el Proyecto de Autoridad Sanitaria el cual contenía modificaciones al Decreto Ley que reorganiza el Ministerio de Salud, planteando una clara separación de funciones, como son: definir, supervisar y regular el cumplimiento de las políticas de salud, normar el financiamiento y, por último, entregar prestaciones de salud.

Una vez aprobado y luego de cumplidos los trámites de promulgación y publicación en el Diario Oficial, la división ministerial de Autoridad Sanitaria y Gestión en Redes, es Ley de la República de Chile, signada bajo el número 19.937.

La nueva ley introdujo profundos cambios en la organización del sistema público de salud, siendo su objetivo principal el fortalecer la institucionalidad y potestades de la Autoridad Sanitaria, estableciendo una división de funciones con

la gestión de los Servicios de Salud; estableciendo normas para mejorar la gestión de los Servicios, a través de la constitución de Redes Asistenciales; e instaurando instancias de participación ciudadana.

En primer lugar, hay una definición de lo que comprende la Autoridad Sanitaria, entendiendo como tal a la institucionalidad del Estado encargada de garantizar el ejercicio de los derechos de las personas en salud y la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud de la población en el territorio nacional.



Figura 16: Instituciones en quienes reside la Autoridad Sanitaria.

Su rol principal es la rectoría, regulación y fiscalización del sector público y privado de salud y de los agentes cuyas actividades inciden en la salud de la población. Entre sus funciones se destacan elaborar y dirigir las políticas de salud, definiendo los objetivos nacionales en esta materia; fortalecer y desarrollar su acción en el espacio intersectorial para promover y desarrollar políticas públicas coherentes con las prioridades sanitarias; definir normas e instrumentos para evaluar la calidad de la atención; fortalecer el desempeño de las funciones esenciales de salud pública; definir el plan de salud y establecer sus garantías.

Así mismo, la Ley N° 19.937 fortalece la Autoridad Sanitaria del país y la labor asistencial, con la creación de dos Subsecretarías de Salud: la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la de Salud Pública, con sus respectivas secretarías regionales ministeriales.

- *Operatividad del Sistema*

La Subsecretaría de Salud Pública tiene a su cargo la administración y servicio interno del Ministerio y las materias relativas a la promoción de salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas; le corresponderá proponer al Ministro políticas, normas, planes y programas, velar por su cumplimiento, coordinar las acciones del Fondo Nacional de Salud y el Instituto de Salud Pública, e impartirles instrucciones¹⁰.

Además, administra el financiamiento previsto para las acciones de salud pública correspondientes a las prestaciones y actividades que se realicen para dar cumplimiento a programas de relevancia nacional y aquellas que la ley obligue a que sean financiadas por el Estado, independiente de la calidad previsional del individuo o institución que se beneficie, pudiendo ejecutar dichas acciones directamente, a través de las secretarías regionales ministeriales, de las entidades que integran el Sistema, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.

El Subsecretario de Salud Pública subrogará en primer orden al Ministro de Salud y será el superior jerárquico de las secretarías regionales ministeriales en las materias de su competencia, y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda. Además, como colaborador del Ministro coordinará las mencionadas secretarías regionales.

Por su parte, la Subsecretaría de Redes Asistenciales tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares de calidad que serán exigibles.

¹⁰ Gobierno de Chile. "Ley 19.937 Autoridad Sanitaria y Gestión". Biblioteca Congreso Nacional, Sitio Web Oficial www.bcn.cl. Chile, Abril 2005

Para ello, el Subsecretario de Redes propondrá al Ministro políticas, normas, planes y programas, velará por su cumplimiento y coordinará su ejecución por parte de los Servicios de Salud, de los Establecimientos de Salud de Carácter Experimental, de la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud y de los demás organismos que integran el Sistema.

El Subsecretario de Redes Asistenciales subrogará al Ministro de Salud en ausencia del titular de la Subsecretaría de Redes Asistenciales y será el superior jerárquico de las secretarías regionales ministeriales en las materias de su competencia y de las divisiones, departamentos, secciones, oficinas, unidades y personal que corresponda¹¹.

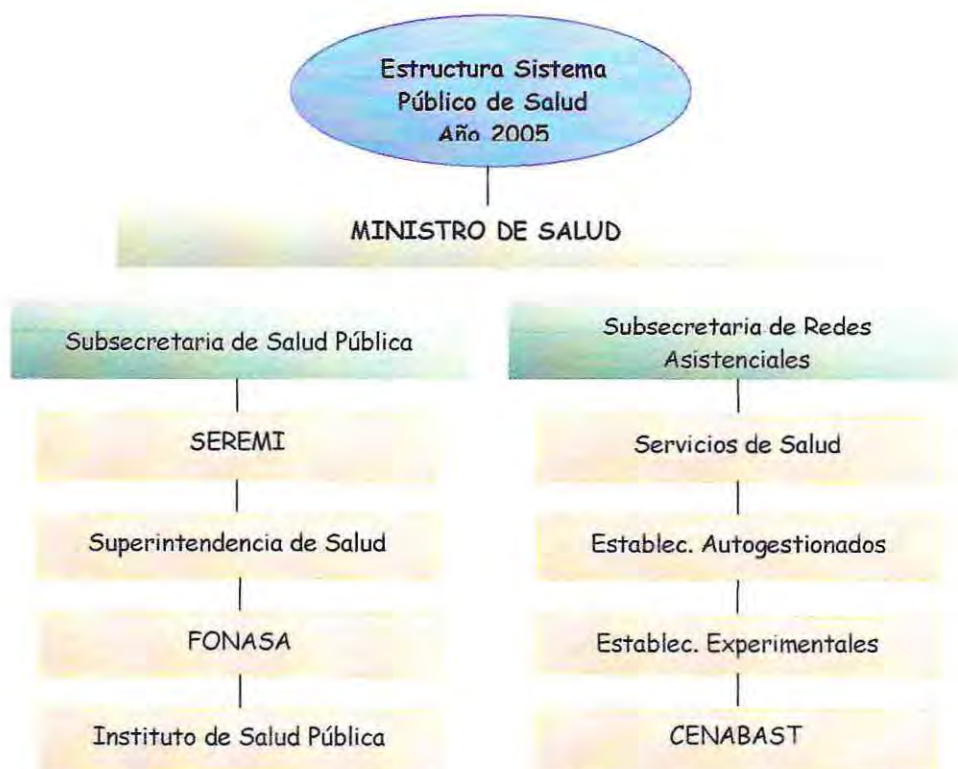


Figura 17: Estructura del actual Sistema de Salud Pública.

La nueva Ley crea, por primera vez, un sistema de acreditación para todos los prestadores de salud, tanto públicos como privados, los que se regirán por las mismas normas definidas por la Autoridad Sanitaria. A partir de la puesta en marcha de esta Ley, la Superintendencia de Salud es la única entidad encargada de la fiscalización, dejando de existir la Superintendencia de Isapres.

Cabe señalar que la función de acreditación, propiamente tal, en el proyecto se establece que sea efectuada por entidades públicas y privadas acreditadas por la misma Superintendencia de Salud¹².

Dicha Superintendencia tiene los roles esenciales de fiscalizar a los seguros público y privados de salud, FONASA e Isapres, y velar por que se aplique el sistema de acreditación en todos los prestadores públicos de servicios de salud (como hospitales, clínicas y consultorios), y también de los privados de tipo ambulatorio y hospitalario. Estos roles se desarrollarán a través de dos intendencias: una de Seguros y otra de Prestadores.

Al mismo tiempo, los Servicios de Salud no poseen carácter de Autoridad Sanitaria, por lo que no ejercen funciones de rectoría ni regulación. Se concentran sólo en la entrega de atención médica, siendo responsables de articular las redes de atención. Su grado de autonomía en el manejo financiero y de organización de las prestaciones está asociado a un sistema de calificación permanente. La Autoridad Sanitaria Regional tendrá la potestad de intervenir la gestión financiera y sanitaria en aquellos casos considerados insatisfactorios.

Dentro de los aspectos positivos de la presente ley, cabe mencionar la separación de las funciones de gestión de las de fiscalización. La normativa actual desvía las acciones a las cuales deberían abocarse los Servicios de Salud, sobre todo en el plano de fiscalización medioambiental y sanitaria. De hecho, para formalizar las actividades productivas, estos organismos deben solicitar permisos sanitarios para el funcionamiento de aquellas actividades que impliquen elaboración y venta de alimentos. Con esto se determinan calificaciones industriales, informes y resoluciones sanitarias previas al otorgamiento de las patentes municipales. El rol fiscalizador se canaliza a través de denuncias de la comunidad y por medio de visitas programadas por los Servicios, según las prioridades de riesgo.

En cuanto a la gestión de los Servicios de Salud, la ley define como Red Asistencial al conjunto de establecimientos de atención de salud que operen dentro

¹² Op. Cit. N° 10: Gobierno de Chile

del territorio asignado a un Servicio de Salud. Estas redes incluyen los establecimientos que dependían de los Servicios de Salud y los de la atención primaria municipal. Además, se podrá incorporar, mediante convenios, a establecimientos privados acreditados por la Autoridad Sanitaria.

Al Director del Servicio de Salud le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y directivas generales impartidas por el Ministerio de Salud. Asimismo, debe velar por la efectiva y eficiente derivación y contraderivación de los (as) usuarios (as) del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red. A su vez, tendrá que dirigir la ejecución de las acciones de salud y coordinar, asesorar y controlar todos los establecimientos que conforman la Red Asistencial, velando especialmente por fortalecer la capacidad resolutive del nivel primario de atención; disponer el traspaso de los (as) funcionarios (as), en comisión de servicios a cualquiera de los establecimientos públicos de la Red Asistencial, sin limitación de tiempo y declarar la exclusión fuera de uso o dar de baja los bienes muebles del Servicio, pudiendo utilizar cualquier mecanismo que asegure la publicidad y libre e igualitaria participación de terceros en la enajenación.

Siguiendo dentro del objetivo de mejorar la gestión, el proyecto contempla la creación de una nueva categoría de hospitales denominados Hospitales de Autogestión en Red. Formarán parte de ésta, aquellos establecimientos que cuenten con mayor especialización de sus recursos humanos, implementación tecnológica y capacidad resolutive, y que acrediten cumplir con condiciones especiales de competencia y desempeño en los ámbitos asistenciales, financieros y de calidad.

Dichos hospitales contarán con la facultad de administrar y disponer de sus ingresos propios, celebrar convenios con el Fondo Nacional de Salud, celebrar contratos de prestaciones de servicio con personas naturales o jurídicas y acceder

¹² Op. Cit. N° 9. Ministerio de Salud

a los beneficios económicos asociados al proceso de clasificación del establecimiento.

Los convenios que permitirán a entidades privadas participar dentro de la Red Asistencial amplían las posibilidades de atención para los (as) usuarios (as) y mejora la competencia en el sector. También hay que destacar las mayores atribuciones que se le da a los Directores de los Servicios de Salud, como a su vez, el establecimiento de instrumentos de evaluación que lo hagan más responsable de sus acciones.

La nueva categoría de Hospitales de Autogestión en Red es un gran paso para tender hacia un mayor nivel de autonomía en estos entes. Esto contribuiría a perfeccionar la actual asignación de los recursos, mejorando la calidad y oportunidad de las atenciones.

2.3 Actualización del Sistema de Atención

El cumplimiento de los objetivos sanitarios propuestos por la reforma, así como la sostenibilidad técnica y financiera de su instrumento básico (el sistema AUGE), requieren de importantes cambios en los sistemas de atención y en las entidades que proveen dichos servicios, haciendo necesaria una actualización y calificación técnica permanente del personal que hace posible directa o indirectamente la atención de salud.



Figura 18: Pilares de la Reforma de Salud.

Se entiende por Sistema de Atención, la organización de este proceso en el que intervienen establecimientos de salud con diferentes niveles de complejidad. El objetivo de producción del sistema es satisfacer las necesidades y expectativas de atención de las personas en salud, procurando optimizar las intervenciones, mejorar su eficacia y eficiencia, porque los recursos son y serán inexorablemente limitados.

El sistema de atención construido a través del proceso de Reforma, reconoce como pilares fundamentales, las siguientes:

- *Énfasis en la promoción y prevención de salud. Significa un cambio muy claro en las prioridades de inversión, beneficiando la atención en el nivel primario por ser éste la puerta de entrada de la población al sistema de salud, y en dicho nivel se encuentra localizado todo el esfuerzo de promoción y fomento, así como el espacio de colaboración con la escuela, la organización comunitaria, los establecimientos productivos, el municipio, etc. El concepto unificador de este esfuerzo es la construcción de un Barrio Saludable, donde cada familia contará con un equipo médico de cabecera que garantice un cuidado integral y una atención continua en el tiempo.*
- *Fortalecer la capacidad resolutoria de la atención primaria. Lo que busca es evitar una derivación costosa e innecesaria de pacientes hacia establecimientos de urgencia, de especialidades y hospitales; lo que significa posibilitar en este nivel el acceso a laboratorio, imágenes, procedimientos y algunas especialidades.*
- *Los centros de atención primaria mantendrán una relación fluida con los Consultorios de Especialidades, Centros de Diagnóstico y Centros de Referencia. Contribuyendo éstos últimos a la capacitación de los médicos del nivel primario, de manera que puedan innovar en su capacidad resolutoria, y restringir el recurso a especialistas en el nivel secundario para el estudio de casos nuevos y de mayor complejidad.*

- La hospitalización es una excepción en la vida de un individuo y debe obedecer a emergencias a enfermedades graves o a la necesidad de profundizar estudios diagnósticos que no pueden ser realizados en el nivel primario ni en el ambulatorio de especialidades. Al hospitalizar a una persona, se la arranca de su medio, de su entorno familiar y se la somete a riesgos de contagio por gérmenes más resistentes, que pueden demorar su recuperación. Por otra parte, el costo financiero de una hospitalización es altísimo, por lo cual debe ser debidamente planificado a partir de protocolos consensuados y medicina basada en evidencia.
- Optimizar la hospitalización, complementándola con hospitalización domiciliaria, incorporando a la familia y a redes de apoyo comunitario en el cuidado y recuperación del paciente. En el sistema público, cada vez que una persona sea hospitalizada tendrá un profesional asignado, quien asumirá la responsabilidad de su cuidado, establecerá los contactos con sus familiares y con su equipo de salud de la atención primaria.
- Trabajo en red asistencial, así se denomina el ordenamiento de los establecimientos de atención en salud, que operan coordinadamente dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales. Estas redes incluirán, al menos, a los establecimientos que dependen de los Servicios de Salud y los de la atención primaria municipal. Podrán incorporar, mediante convenios, a establecimientos privados debidamente acreditados por la Autoridad Sanitaria.

3 MODELO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

El modelo de atención primaria en salud, es una propuesta de atención integral adecuada a las nuevas demandas de salud de la comunidad. Hoy en día la experiencia médica, por sí sola, no alcanza a dar cuenta de la complejidad de los problemas de salud que afectan a la sociedad, caracterizado por la gran cantidad de factores de la vida moderna que afectan la salud de las personas.

Por esto, se hace necesario complementar una visión integral de las distintas disciplinas que interactúan en el bienestar de las personas, promover el cuidado de

la salud, mejorar la calidad de vida, prevenir factores de riesgos y, quizás lo más importante, favorecer el cambio de rol de "paciente" a "sujeto participante" en el cuidado y prevención de su salud¹³. Así también, con la Reforma se intenciona un cambio de paradigma en el modelo de atención del nivel primario, enfocándose en la prevención y promoción de salud, más que en el ámbito asistencial o curativo.

Los objetivos del Modelo son:

- Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentando la satisfacción del usuario (a), mejorando la capacidad resolutive y controlando los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de otros.
- Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la solución oportuna y eficiente de la demanda por las enfermedades.
- Promover sistemas eficientes y efectivos de participación, donde el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

Al Sistema de Atención Primaria pueden acceder todas las personas beneficiarias del sector público de salud (FONASA A, B, C y D) sin distinción de sexo, raza o edad. Actualmente este sistema alcanza una cobertura de casi el 50% de la población chilena, es decir, 7.490.508 personas.

Para acceder a este servicio, las personas deben acercarse al establecimiento de Salud Primaria más cercano a su domicilio y acreditarse como beneficiario del Sistema Público de Salud.

¹³ Ministerio de Salud. "Modelo de Atención Primaria". Gobierno de Chile. Tomado Ministerio de Salud, Sitio Web

- *Financiamiento de la Atención Primaria de Salud*

El Ministerio de Salud es el encargado de determinar anualmente el aporte estatal que los Servicios de Salud deberán transferir mensualmente, por intermedio de las municipalidades, a las entidades de administración municipal y los procedimientos necesarios para ello.

El principal mecanismo vigente de transferencia de recursos a los municipios, se denomina pago Per - Cápita, consistente en la fijación de un monto determinado (\$1.366) por persona inscrita en cada centro de salud.

Para el determinar el Aporte Estatal Per - Cápita, se requiere conocer la cantidad de prestaciones efectivamente realizadas, para evaluar los resultados de los establecimientos de salud municipal. Este proceso se realiza mediante el Índice de Actividades de la Atención Primaria (IAAPS), implementado en las 320 comunas del país¹⁴.



Figura 19: Financiamiento Atención Primaria de Salud.

Oficial www.minsal.cl Chile. Abril 2005

¹⁴ Ministerio de Salud. "Decreto Fundado N° 181 Orientación Técnica del Índice de Actividad de la Atención Primaria" Gobierno de Chile. Tomado Ministerio de Salud, Sitio Web Oficial www.minsal.cl Chile. Abril 2005

El monto que reciba cada administradora de salud municipal estará determinado por la evaluación semestral de los IAAPS, que dará como resultado la mantención o rebaja del aporte estatal en base al porcentaje de cumplimiento de sus dos componentes, el *Índice de Actividad General* y el *Cumplimiento de las Actividades con Garantías Explícitas en Salud* que se mide a través de semestres móviles.

INDICE DE ACTIVIDAD GENERAL DE APS¹⁵ (IAAPS)

Nº	Componentes	Indicador	Meta	Importancia Relativa en %
1	Diabetes Tipo 2	Nº de Personas con diabetes mellitus tipo 2 de 20 y más años bajo control / Nº de personas con diabetes mellitus tipo 2 estimadas según prevalencia.	78%	6,7
2	Oportunidad de atención antes de 48 horas al menor de 5 años	Nº de niños menores de 5 años atendidos dentro de las 48 horas de solicitada la atención / Nº de niños menores de 5 años que solicitan atención.	90%	6,7
3	HTA esencial	Nº de personas con HTA de 20 y más años bajo control / Nº de personas con HTA estimadas según prevalencia	65%	6,7
4	Disponibilidad de medicamentos	Nº de días del mes con medicamentos centinelas / Nº de días del mes	100%	6,7
5	Cobertura tratamiento de depresión en mayores de 15 años	Nº de personas de 15 y más años tratados por depresión / Nº de personas de 15 y más años inscritas estimadas con depresión según prevalencia	50%	6,7
6	Oportunidad de atención consulta médica mayores de 65 años	Nº de adultos de 65 y más años atendidos dentro de las 48 horas de solicitada la atención/ Nº de adultos de 65 y más años que solicitan atención	100%	6,7
7	Cobertura ESPA vigente entre 15 a 64 años	Nº de personas de 15 a 64 años con ESPA vigente / Nº de personas de 15 a 64 años inscritas	30%	6,7
8	Acceso a atención odontológica de urgencia	Nº de personas atendidas por urgencia odontológica / Nº de personas que consultan por urgencia odontológica) * 100	98%	6,7

¹⁵ Op. Cit. N° 14. Ministerio de Salud.

Nº	Componentes	Indicador	Meta	Importancia Relativa en %
9	Tasa de consulta médica de urgencia no pertinente en UEH por inscrito por comuna	Nº de consultas no pertinentes en UEH por inscritos en la comuna / Nº total de personas inscritas de la comuna	Determinación línea basal	6,2
10	Acceso de población a atención médica y odontológica en horario extendido	Nº de horas semanales de extensiones horarias implementadas año 2005 / Nº de horas semanales de extensiones horarias implementadas año 2004) * 100	100%	6,7
11	Desarrollo psicomotor en niños de 18 meses bajo control	Nº de niños de 18 meses con déficit de desarrollo psicomotor tratados / Población de 18 meses bajo control con EDSM	Máximo 15%	6,7
		Nº de niños de 18 meses con déficit del desarrollo psicomotor tratados / Población de 18 meses bajo control con déficit del desarrollo psicomotor	95%	6,7
12	Evaluación Funcional del Adulto Mayor (grado de autovalencia)	Nº de adultos de 65 y más años con EFAM realizado / Nº de adultos de 65 y más años inscritos	85%	6,7
		Nº de adultos de 65 y más años con EFAM realizado autovalentes / Nº de adultos de 65 y más años con EFAM realizado	65%	6,7
13	Control precoz del embarazo	Nº de mujeres embarazadas que ingresan a control antes de las 13 semanas de gestación / Nº de mujeres embarazadas en control	80%	6,7

Cuadro 10: IAAPS.

- Tabla de rebaja según Porcentaje de Cumplimiento para Actividad General

Tramos	Porcentaje de Cumplimiento	Rebaja
Tramo 1	90 a 100	0%
Tramo 2	80 a 89,99	4,0%
Tramo 3	70 a 79,99	8,0%
Tramo 4	Menor de 70	12,0%

Cuadro 11: Porcentaje de rebaja por incumplimiento de metas.

- Actividades con Garantías Explícitas (GES)

Nº	Componente	Indicador	Meta	Importancia Relativa en %
1	Cumplimiento de Garantías Explícitas en Salud (GES)	Nº de casos con GES con garantía cumplida / Nº de casos con GES	100%	100

Cuadro 12: Actividades GES.

- Tabla de rebaja según Porcentaje de Cumplimiento para Actividad con GES

Tramos	Porcentaje de Cumplimiento	Rebaja
Tramo 1	100	0%
Tramo 2	95 a 99,9	1,0%
Tramo 3	90 a 94,9	2,0%
Tramo 4	Menor de 90	8,0%

Cuadro 13: Porcentaje de rebaja por incumplimiento de actividades GES.

- Semestres Móviles de Evaluación

Semestres Móviles 2005	Mes de aplicación de la Rebaja
Enero a Junio	Agosto
Febrero a Julio	Septiembre
Marzo a Agosto	Octubre
Abril a Septiembre	Noviembre
Mayo a Octubre	Diciembre

Cuadro 14: Semestres móviles evaluados v/s aplicación rebaja.

La rebaja total se calcula sumando los porcentajes de rebaja que resulten de la aplicación de las tablas anteriores. Los meses de noviembre y diciembre son considerados en la evaluación de los semestres móviles que se efectúen en el año siguiente.

Los recursos que se producen por efecto de la rebaja en el Per - Cápita, son administrados por el Servicio de Salud al cual pertenece la comuna que fue objeto de la rebaja. Los fondos reunidos deben ser destinados íntegramente en los siguientes puntos y en orden de prioridad¹⁶:

- *Financiamiento de las Garantías Explícitas no cubiertas a los (as) usuarios (as):* el mayor gasto que el servicio de salud deba hacer por el incumplimiento de las garantías explícitas en una comuna será cubierto con estos recursos, y la garantía a los (as) usuarios (as) podrá ser cumplida en otro establecimiento de la red asistencial. Del mismo modo se procederá si por cumplimiento de plazos ha sido FONASA la entidad que ha debido responder al usuario por una garantía.
- *Establecer convenio de mejoramiento con una comuna con bajo cumplimiento:* si el gestor de redes observa que hay compromiso municipal por mejorar el cumplimiento de las metas evaluadas en déficit, puede destinar recursos para apoyar su gestión.

¹⁶ Op. Cit. N°14. Ministerio de Salud.

- Apoyar a una comuna de la red con sobrecumplimiento: **convenir, por una sola vez, recursos de estímulo con Municipios que realicen actividad por sobre las metas.**

- Apoyar estrategias innovadoras a una comuna de la red: **el gestor de redes puede apoyar a comunas que han sido bien evaluadas para que desarrollen estrategias con mayor impacto en los objetivos sanitarios, teniendo presente que los fondos pueden ser entregados por una sola vez.**

▪ **PLAN ACCESO UNIVERSAL DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS (AUGE)**

El Plan AUGE es el instrumento que el Ministerio de Salud ha diseñado para materializar los objetivos sanitarios señalados anteriormente. Como tal, beneficia a todas las personas que habitan en el país, independiente de si son cotizantes en el sistema de atención público o privado, o si son no cotizantes y se benefician del aporte estatal.

El Plan AUGE consiste básicamente en la explicitación de un conjunto de garantías para el ejercicio del derecho a la atención en salud de toda la población. Inicialmente está referido a 56 patologías, de las cuales 25 ya están en vigencia, precisamente aquellas de mayor relevancia e impacto en las posibilidades de vida y de calidad de vida de la población chilena.

Este sistema contempla 4 tipos de garantías:

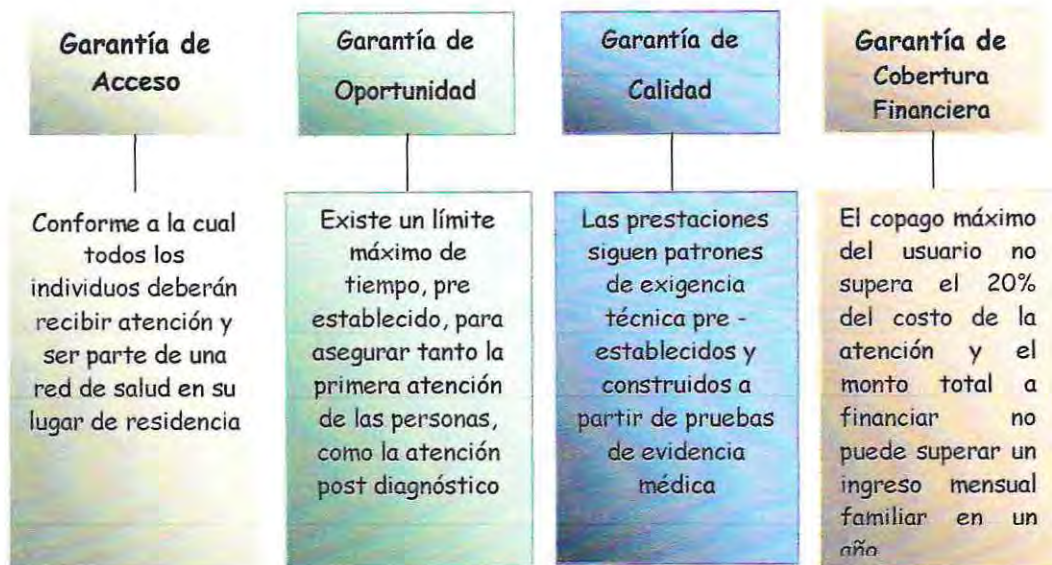


Figura 20: Garantías AUGE.

Este régimen de garantías y enfermedades cubiertas por la Reforma será evaluado cada tres años por parte del Ministerio de Salud, y se formalizarán mediante un Decreto Supremo biministerial (Ministerios de Salud y Hacienda). Para estos efectos, la autoridad será asesorada por un Consejo Consultivo, integrado por nueve expertos que posean conocida trayectoria en las áreas de medicina, salud pública, economía y disciplinas relacionadas.

Para la atención cada una de las 25 patologías contempladas actualmente en el Plan AUGE, los pacientes deben ingresar a través del centro atención primaria en el cual esté inscrito. De acuerdo a la patología o situación de salud de que se trate, el paciente será atendido directamente en la atención primaria o bien, será derivado al especialista correspondiente quien confirmará el diagnóstico e indicará el tratamiento u operación a seguir, de acuerdo a un protocolo preestablecido de atención¹⁷.

¹⁷ Ministerio de Salud. FONASA. "Folleto Explicativo funcionamiento AUGE en FONASA". Gobierno de Chile. 2005

Patologías Tratadas en APS	Patologías Derivadas a Especialista
1. Hipertensión Arterial (15 y más años)	1. Cardiopatías congénitas operables
2. Diabetes Mellitus Tipo 1 y 2	2. Insuficiencia renal crónica terminal
3. Salud Oral en niños de 6 años	3. Cáncer infantil
4. Infecciones respiratorias (menor de 5 años)	4. Cáncer cuello del útero
5. Neumonía Adulto Mayor	5. Cuidados paliativos y alivio del dolor
6. Epilepsia no refractaria (1 a 15 años)	6. Esquizofrenia (Primera vez)
	7. Cáncer de mamas
	8. Linfomas
	9. Cáncer de testículo
	10. Espina Bífida o disrrafia
	11. Escoliosis
	12. Cataratas
	13. Artrosis de cadera / endoprótesis
	14. Fisura en el labio y/o paladar
	15. Virus del SIDA (VIH)
	16. Atención y prevención del parto prematuro.
	17. Infarto al miocardio
	18. Cáncer Avanzado
	19. Trastornos de generación del impulso cardíaco

Figura 21: Patologías Tratadas en APS y derivadas al Nivel Secundario de Salud.

4. MODERNIZACION DE LA GESTION DEL ESTADO A NIVEL LOCAL

- Política de Descentralización del Estado

El actual gobierno determinó las prioridades de su gestión, en pro de la visión de país a alcanzar en el bicentenario de nuestro país. Ese Chile del 2010 mostraría, entre sus facetas, la de un país descentralizado donde la decisión se acerca al ciudadano, sin importar la ubicación de éste en la geografía del territorio.

El objetivo general de la Política de Descentralización de Chile es "Contribuir al desarrollo democrático del país, traspasando poder de decisión y recursos desde el centro a los representantes e instituciones de la ciudadanía regional y comunal para la gestión del desarrollo económico, social y cultural de sus respectivos territorios, en un marco de valores y prácticas sociales que impulsa el crecimiento con más autonomía y equidad"¹⁸.

El Estado del 2010 presentará parámetros que demarquen un nivel de calidad mínimo en salud y educación a todos los habitantes del país, independiente de la región, comuna o ciudad donde éstos vivan o trabajen, a partir de lo cual destinará los recursos necesarios para lograr esos mínimos.

Hacia el 2010 el gobierno nacional habrá traspasado a los gobiernos regionales todos aquellos programas y fondos de impacto regional tales como: vivienda, caminos secundarios, fomento productivo, turismo, etc. Será el Gobierno Regional el que tendrá las atribuciones exclusivas en la coordinación de la inversión y los programas de desarrollo. Fruto de esto, las regiones exhibirán convenios formales, estratégicos y de largo plazo acordados entre las autoridades de los diversos niveles involucrados, con la posibilidad de incluir a instituciones del sector privado.

Los (as) ciudadanos (as) contarán para el bicentenario con Municipios más eficaces y con mayor capacidad para responder a sus necesidades. Una buena parte de ellos habrá recibido competencias y recursos sustancialmente mayores a los actuales, y el resto será apoyado subsidiariamente por los gobiernos regionales. Así, no será extraño encontrar Municipalidades gestionando directamente recursos y programas de electrificación rural, construcción de escuelas, liceos y consultorios, vialidad urbana, centros deportivos, sedes comunitarias o agua potable rural, programas y recursos que actualmente se encuentran gestionados por instituciones nacionales y regionales.

¹⁸ Gobierno de Chile SUBDERE. ".Bases Para Una Política de Descentralización .Documento De Trabajo". Chile. Octubre 2002.

Así también la práctica cotidiana de los Municipios será la participación ciudadana para, de esta forma, captar efectivamente las demandas y adecuar su estructura financiera. Municipios que a través de estos mecanismos democráticos definan planes y programas de inversión, tributos o sobretasas y alternativas de endeudamiento. Para entonces, la rendición de cuentas será una práctica habitual y los (as) ciudadanos (as) tendrán información suficiente para premiar o castigar con su voto a los gobiernos regionales y comunales. Pero no sólo eso, la transparencia y la participación serán ventajas comparativas a la hora de financiar proyectos de interés regional y comunal. Será el punto de partida para que la ciudadanía y sus organizaciones evalúen la gestión de los representantes de sus territorios en términos de eficiencia y logro de resultados.

Los conceptos de centralización y descentralización se refieren esencialmente a la distribución del poder político entre los distintos entes territoriales del Estado. Esta distribución del poder tiene directo reflejo en las competencias y funciones que se atribuyan a las distintas instancias, y en las atribuciones legales y los recursos financieros con que cuente cada administración para hacerse cargo de las tareas resultantes. Por tanto, la descentralización se concibe como un proceso eminentemente político, donde lo que se juega es la división territorial equilibrada de un sistema de toma de decisiones preexistente¹⁹.

Para que exista una efectiva distribución de poder entre las distintas administraciones territoriales, será preciso que éstas puedan actuar con autonomía en el ámbito de sus decisiones y eso solamente se puede garantizar desde el punto de vista político, cuando las autoridades que rigen las administraciones descentralizadas han sido elegidas democráticamente y no designadas por el gobierno central. La descentralización es, por sobre todo, un proceso que profundiza la democracia, poniendo de manifiesto el cumplimiento de los valores de equidad, participación y autonomía con que deben operar las entidades subnacionales y las colectividades de los territorios.

¹⁹ Op. Cit. N° 20. Gobierno de Chile. SUBDERE

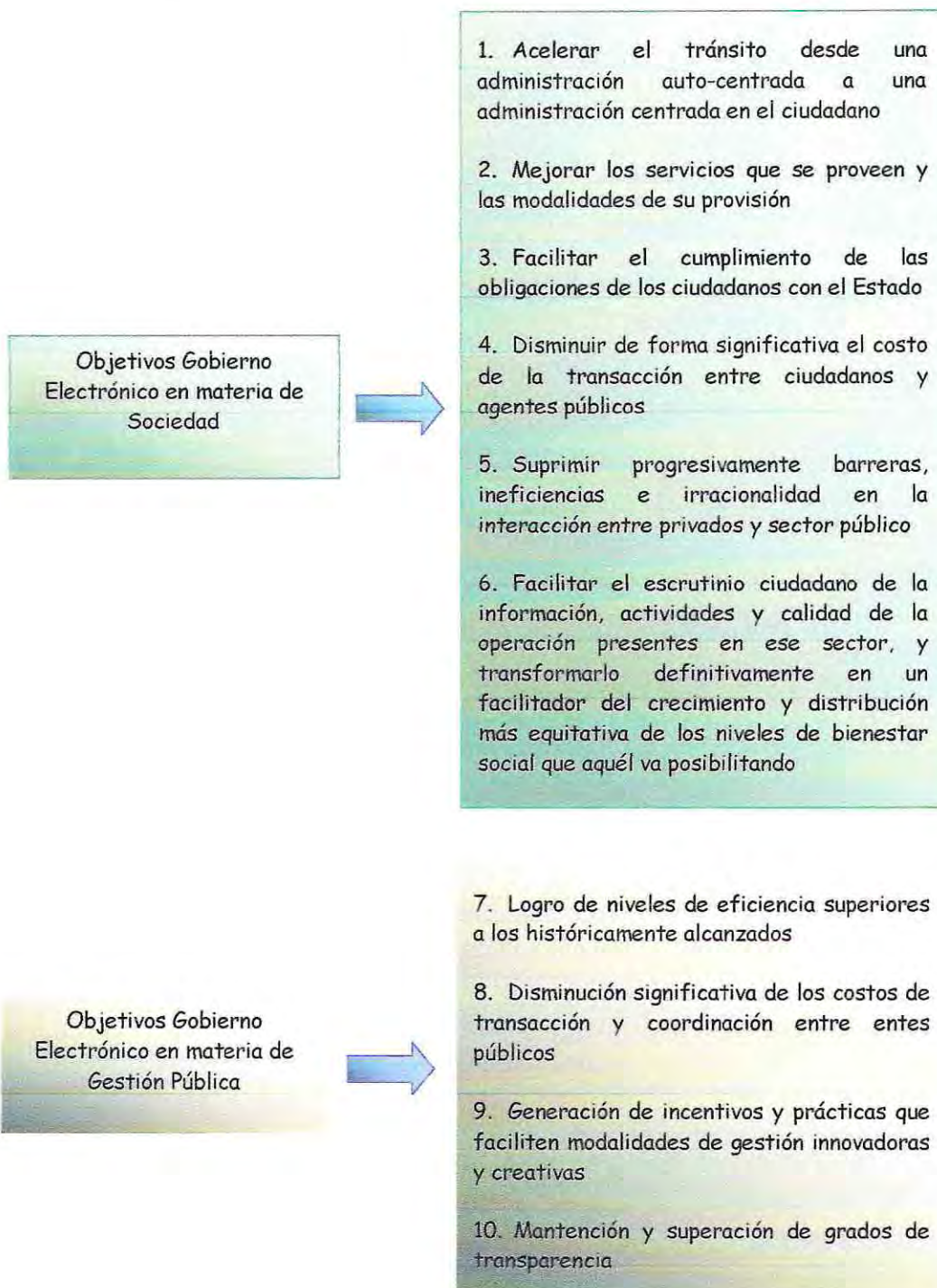
El desarrollo de la democracia moderna está ligado a la vigorización de las instancias subnacionales, incrementando y consolidando las libertades y derechos políticos de la ciudadanía, como también el de las instituciones representativas; permitiendo la progresiva incorporación de los sectores excluidos y marginados a las instituciones representativas locales y, a la vez, una mayor participación y un control ciudadano en el accionar de las administraciones territoriales.

El proceso de descentralización se concibe también, como un mecanismo que contribuye a la modernización del Estado, principalmente por la reducción de las distancias entre la toma de decisiones y los ciudadanos, reforzando la pertinencia, focalización, eficacia y eficiencia de aquellas, reduciendo la burocracia innecesaria y aumentando la eficiencia en el uso de los recursos y el gasto público en los niveles subnacionales, ampliando la prestación de servicios básicos que mejoren las condiciones de vida de la comunidad. En esta perspectiva, el proceso de descentralización tiene resultado si reduce la distancia física y psicológica de actitud, entre la administración y el usuario (a).

Como se ha planteado, la modernización del Estado se orienta, principalmente a lograr un nivel de empoderamiento de los gobiernos regionales y comunales, en función de adaptar las diversas políticas públicas, a la realidad y dinámica de cada lugar particular, propiciando con ello, un mayor impacto en la aplicación de las estrategias de desarrollo.

- *Gestión Pública y uso de Nuevas Tecnologías*

Junto con la descentralización, la modernización estatal plantea la necesidad de incorporar dentro de su gestión, Tecnologías de Información y Comunicación (TICs) que hagan más eficiente su ejecución, es así que actualmente se implementa, a nivel nacional el programa "Gobierno Electrónico" que posee los siguientes objetivos²⁰:



²⁰ Gobierno de Chile. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. "Agenda Gobierno Electrónico 2002 - 2005". Tomado de sitio Web www.modernizacion.cl. Chile. Mayo 2005.

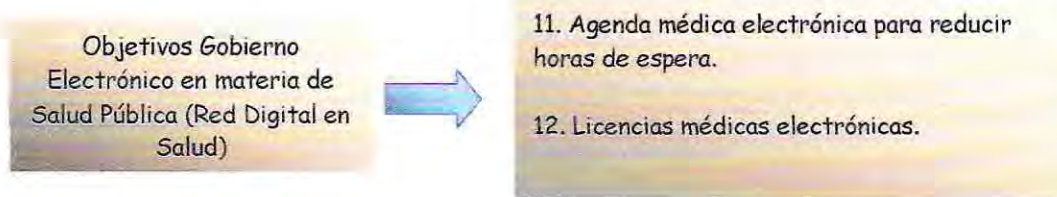


Figura 22: Iniciativas del proceso de Modernización del Estado en materia digital.

Los objetivos anteriores son consecuentes con la visión de país expuesta por el Presidente de la República en su discurso del 21 de mayo del año 2000, donde se eleva este proceso a Política de Estado, de acuerdo al Instructivo Presidencial del 11 de mayo de 2001, subrayando su contribución al desempeño de un Buen Gobierno, al desarrollo nacional y al imperativo de modernización tecnológica asociado al desafío de mejorar la competitividad internacional del país en el contexto de los procesos de globalización²¹.

Respecto de los avances obtenidos por Chile en esta materia se encuentran:

<p>Alta conectividad y presencia en la Web</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Casi la totalidad de los servicios públicos centrales tienen servidores de correo y conexiones a internet. - Existen 239 portales de ministerios y servicios públicos en plena operación, los que entregan información respecto de la repartición correspondiente, se pueden realizar trámites y disponen de canales de comunicación con la comunidad.
<p>Importante núcleo de trámites electrónicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El gobierno dispone de más de 170 trámites y servicios en línea vía Internet, a los que se puede acceder a través de una dirección única www.tramitefacil.cl, que ha permitido reducir los tiempos, mejorar la disponibilidad horaria y accesibilidad geográfica.

²¹ Op. Cit. N°22. Gobierno de Chile. Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

Crecientes grados de transparencia	- Gran difusión de portales del sector público, mayor disponibilidad y entrega de información. El sector público tiene mayor presencia en la web que el mundo privado y académico juntos.
Buen gobierno	- Se introducen nuevas formas y procedimientos internos en la administración que permiten la integración de los sistemas de diferentes servicios, compartir recursos y mejorar la gestión interna de los mismos.
Desarrollo de la democracia	- El uso de las TICs permite al ciudadano (a) desempeñar un rol activo en el quehacer del país, facilitando nuevas formas y espacios de participación.

Cuadro 15: Avances en Materia digital del Gobierno Electrónico.

Sin embargo, para comprender mejor el proceso de desarrollo del uso de las TICs en las instituciones del Estado y la génesis del concepto Gobierno Electrónico, se hace necesario revisar algunos hechos que fueron propiciando el camino de lo alcanzado hasta ahora.

En la década de los 70', se inicia en las diversas instituciones públicas, la incorporación tecnológica con el surgimiento de las primeras computadoras de gran tamaño para el almacenamiento y procesamiento de los datos básicos y con el crecimiento de las telecomunicaciones. En años posteriores comienza a masificarse el manejo de la contabilidad y el pago de remuneraciones con apoyo de tecnologías de información y comunicación. En los años 80', los bancos

intercambian la información de canje con el Banco Central y la Superintendencia del ramo mediante una red computacional²².

Hacia el año 90', la mayoría de los principales servicios públicos cuentan con computadoras centrales para sus funciones internas. Entre 1990 y 1994 se incrementa el parque de computadoras personales en el sector público, como apoyo al trabajo de oficina. De este modo, desde 1994 en adelante, con la creación del comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública del Estado, que impulsa importantes medidas para masificar la aplicación tecnológica, se consolida una percepción generalizada respecto a considerar las TICs como un recurso estratégico para mejorar la gestión del Estado, el acceso a información y la transparencia y eficacia del quehacer institucional.

En 1995, en el Palacio de Gobierno se crea una red de interconexión de computadoras y un sistema para dar a conocer los resultados de las elecciones que involucra una red con intendencias y gobernaciones; así también, muchos servicios conectan sus computadoras a Internet para obtener información, para el uso de correos electrónicos y transacción interactiva con sus usuarios (Servicio de Aduanas 1997, servicio de Impuestos Internos 1999).

A fines de la década de los 90', se inicia la creación de páginas web en que los servicios informan acerca de su organización y actividades, favoreciendo así, la participación ciudadana y otorgando una dimensión más amplia al concepto de modernización.

El actual gobierno da un énfasis especial a la modernización tecnológica como una condición del desarrollo de país, por ser una herramienta fundamental para favorecer el manejo eficiente de la gestión institucional y mejorar la relación de los (as) ciudadanos (as) con el Estado. A partir de este momento, se asimila oficialmente en Chile el término Gobierno Electrónica, como un recurso reconocido y valorado para gobernar de manera significativamente distinta y mejor y para facilitar los cambios que requiere el proceso de modernización del Estado.

²² Op. Cit. N°22. Gobierno de Chile. Ministerio Secretaría General de la Presidencia.

Imagen Objetivo Relación
Gobierno - Ciudadanía con el uso de las TICs

- ✓ Existencia de variadas alternativas de acceso a las prestaciones de las instituciones del Estado.
- ✓ Emplear cotidianamente la forma electrónica como medio de identificación, adaptándose modalidades de este recurso según corresponda a las necesidades y particularidades de cada proceso.
- ✓ Recibir atención y servicio independiente del lugar en que se viva y se encuentre ubicado el servicio que otorgue la prestación.
- ✓ Recibir atención las 24 horas, 7 días a la semana y 365 días del año, independiente de los horarios de atención presencial que mantenga cada institución.
- ✓ Tener acceso a información personal o pública de manera simple, clara y transparente.
- ✓ Resolver requerimientos complejos, que involucren una o más instituciones, a través de un solo portal de acceso.
- ✓ Notificar sólo una vez sobre eventos o situaciones de vida a la institución pública que corresponda, encargándose ésta de transmitir la información al resto de las instituciones públicas.
- ✓ Realizar todo tipo de transacciones de forma segura y oportuna, teniendo la posibilidad de obtener un registro de cada operación como medio de respaldo.
- ✓ Ejercer el derecho a expresar opinión por medios electrónicos. De igual manera tener la posibilidad de comunicarse con autoridades e instituciones públicas a través de canales habilitados para ello, ya sea foros, teleconferencias, chats u otros mecanismos de comunicación virtual.

Figura 23: Metas del Gobierno Electrónico con la Ciudadanía.

▪ *Modernización de la Gestión y Capital Humano*

La modernización de la gestión, ya sea referida a la descentralización o al uso de TICs, requiere de una modernización paralela del Recurso Humano que se desempeña en las diversas entidades estatales, pues el desarrollo eficiente de dichas estrategias necesariamente contempla la adecuada preparación de las personas que estarán a cargo de ejecutarlas.

En el caso de Chile las directrices básicas que articulan el proceso modernizador, es decir; garantizar el ejercicio de los derechos ciudadanos, prestar

servicios básicos acordes con la necesidades de los (as) usuarios (as), y crear las condiciones para el libre y ordenado ejercicio de las actividades privadas para que puedan desarrollarse internamente y ser competitivas a nivel internacional, implican dotar al aparato público de nuevas capacidades y formas de trabajo para poder seguir cumpliendo su misión de ser garante del bien común, lo que se explicita de manera evidente en las acciones específicas que se proponen²³:

- Crear en el aparato estatal una cultura organizacional "moderna" acorde con los desafíos de la calidad, eficiencia y eficacia.
- Potenciar las capacidades de liderazgo en los "gerentes públicos", de tal manera de asegurar una conducción exitosa al paradigma de la modernidad.
- Capacitar a los recursos humanos en las "técnicas modernas" de gestión organizacional, asegurando el logro de resultados y el uso eficiente de los recursos.
- Mejorar remuneraciones e incentivos de tal manera de apoyar un proceso de modernización en los sistemas de calificación, para avanzar a una "cultura de la evaluación".
- Mejorar el acceso de la ciudadanía a los servicios públicos a través de "ventanillas únicas", "sistemas de quejas", etc.

Agilizar y flexibilizar la gestión pública a través de la "simplificación de procedimientos" e "introducción de apoyo tecnológico e informático".

Si bien las Municipalidades son las instituciones descentralizadas que mejor han consolidado una autonomía y tienen un rol gravitante en las decisiones que afectan a su comuna y entorno, aún les falta desarrollar algunas áreas claves para

²³ Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública. División de Modernización de la Gestión Pública. "Elementos para un Debate. Documentos de Trabajo", Ministerio Secretaría General de la Presidencia, 2° Edición 1998. Citado en Rojas Francisco. "Articulación y coherencia de los instrumentos de planificación: El caso de Viña del Mar". Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Valparaíso. Marzo 2005

su mejor desempeño, más allá de las diferencias que persisten entre los municipios²⁴.

Una de las herramientas para reducir tales diferencias es la reciente promulgación del art. N° 110 de la Constitución Política, que otorga autonomía a los Alcaldes para la creación y supresión de cargos municipales, aún cuando no se ha operativizado a través de una modificación a la Ley Orgánica Constitucional de Municipalidades y/o al Estatuto Administrativo de los Funcionarios Municipales (Ley N° 18.883).

Esta modificación debe ser aprovechada para avanzar, ya no tanto en el área de la autonomía financiera (tarea que corresponde más bien al diseño del fondo común municipal) sino en el de la asociatividad entre municipios, consagrada en la legislación pero no aplicada suficientemente, de manera que estas corporaciones unan esfuerzos y recursos para adquirir una real capacidad técnico-profesional.

Aunque en una situación distinta y en lo que respecta a la política de descentralización, tampoco puede obviarse lo referente a los (as) funcionarios de los (as) servicios traspasados a los municipios. Estos casos requieren, si no una reforma integral al sistema de dependencias de los servicios de salud primaria y educación, al menos sí la modificación y corrección de fallas estructurales de los respectivos estatutos funcionarios (Ley N° 19.378 y Ley N° 19.070) que junto con poner en duda la efectiva descentralización de dichos servicios y la autonomía municipal para administrarlos, dejan en situación de desamparo relativo a los (as) funcionarios (as).

Estos no tienen un interlocutor claro al momento de negociar remuneraciones y condiciones de trabajo y son los mismos municipios, los que muchas veces, deben cargar con gastos que exceden sus capacidades presupuestarias, y a menudo ven sobrepasadas sus finanzas por los acuerdos que

²⁴ Op. Cit. N°22. Gobierno de Chile. Ministerio Secretaría General de la Presidencia

suscriben las organizaciones gremiales y sindicales con los Ministerios de Salud y Educación.

Por lo anterior, es necesario revisar y reformar, de ser necesario, los sistemas de aportes sectoriales a los municipios, para que contemplen criterios de diferenciación, selectividad, flexibilidad y gradualidad, teniendo en cuenta la enorme diversidad que existe entre los 341 municipios del país, en cuyo desconocimiento (el sistema fue diseñado sin reconocer la diversidad) radica gran parte de los problemas actuales.

Con lo señalado, cualquier diseño de una política de recursos humanos para el aparato regional y comunal es la oportunidad de corregir los problemas detectados actualmente en relación a los trabajadores públicos y dar pasos importantes en la desconcentración y descentralización de servicios y reparticiones que mantienen, incluso en sus funcionarios localizados en regiones, concepciones centralistas²⁵.

Es bajo tales premisas que existe la idea de elaborar una Ley Marco, que otorgue al Presidente de la República la facultad temporal (por ejemplo, dos años) de reorganizar la totalidad o parte importante de la estructura del Estado, evitando así lo engorroso e ineficiente que resultaría caer en un proceso de modificación normativa en cada uno de los servicios y reparticiones.

Esta misma Ley debería regular la estructura interna de los Gobiernos Regionales (GORE), de forma mínima, para poder así introducir criterios de flexibilidad y autonomía, que permitan a estos organismos regionales determinar sus propias políticas de recursos humanos, en consideración a sus realidades, orientaciones y recursos.

No obstante dichas flexibilidades, una Ley Marco debería tener en cuenta dentro de los mecanismos especializados de administración de los recursos humanos (obtención, mantención, desarrollo) al menos los siguientes elementos:

²⁵ Op. Cit. N°22. Gobierno de Chile. Ministerio Secretaría General de la Presidencia

- a) **Reclutamiento:** mecanismos de selección de personal; proveer funcionarios (as) y prever las necesidades futuras de los GORE y servicios desconcentrados, descentralizados o traspasados.
- b) **Inducción:** la Ley debería considerar los mecanismos de interiorización de los nuevos funcionarios (as) en sus organizaciones y, en el caso de los GORE, particularmente el nuevo rol que han de cumplir de acuerdo a sus atribuciones.
- c) **Capacitación:** preparación de los nuevos y antiguos funcionarios y exigencias al respecto, para el nuevo rol de cada organismo (en especial los GORE).
- d) **Homologación:** este sería el objetivo práctico - táctico de una Ley Marco, en cuanto a que debe fundir los diversos estatutos de funcionarios (as) y normativa que corresponda, teniendo en cuenta las diferencias de status que se asocian a trabajar en un GORE u otro organismo subnacional o para autoridades regionales a trabajar directamente para el gobierno nacional; homologaciones también en el área de las remuneraciones, sea mediante sueldos, asignaciones u otros.
- e) **Reconversión:** los (as) funcionarios (as) y sus organizaciones cambiarán de dependencia y jefaturas, pasando gran parte de ellos de estar adscritos a una autoridad nacional, lejana y anónima, a depender de una autoridad más cercana, visible, elegida regionalmente por un universo menor de población y a responder, por lo tanto, a un elector cercano.
- f) **Relocalización:** una Ley Marco deberá tener en cuenta, en este contexto: incentivos, remuneraciones, status, oferta local de profesionales y técnicos, entre otros.

Como se ha planteado, la modernización del aparataje público debe ser coherente con una Política de Recursos Humanos que se oriente a la adecuación de las competencias y condiciones laborales de los diversos trabajadores (as) del sistema estatal, en relación a los requerimientos del proceso de modernización tecnológica y político-administrativa, a fin de generar las herramientas necesarias

para que los esfuerzos realizados por mejorar la gestión pública sean reforzados y respaldados por el desempeño sus funcionarios (as) , haciéndolos más eficientes y eficaces.

5. GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

▪ Antecedentes Generales

El ser humano es social por naturaleza. Es inherente su tendencia a organizarse y cooperar en relaciones interdependientes. Su capacidad humana lo ha llevado a crear organizaciones sociales para el logro de sus propósitos, siendo el desarrollo de estas organizaciones y su administración efectiva, uno de los logros más importantes que ha podido alcanzar.²⁶

Las personas pasan la mayor parte del tiempo viviendo o trabajando en organizaciones y a medida que las sociedades se industrializan, las organizaciones son más complejas y causan un impacto mayor y duradero en la existencia y calidad de vida de los individuos

Es difícil separar a las personas de las organizaciones, pues no se puede delinear claramente la frontera entre lo que es y lo que no es una organización, como tampoco se puede trazar con exactitud el límite de la influencia que cada persona ejerce en la organización y viceversa²⁷.

La Gestión del Recurso Humano, conocida anteriormente como Administración de Personal, nace con la expansión de las organizaciones y con la complejidad que implicaba la realización de las tareas organizacionales. Se concibió como una actividad mediadora entre las personas y las organizaciones, un elemento de enlace que recogía las exigencias de la institución hacia los (as) trabajadores (as) y las reivindicaciones que las personas demandaban a la organización.

²⁶ Czeraniuk de Schaffer Nadia. "Dirección de Recursos Humanos. Trabajo de Investigación". Universidad Nacional de Itapúa. Paraguay, 2000. Artículo digital tomado de Sitio Web www.gestiopolis.com. Mayo, 2005.

²⁷ Chiavenato Idalberto. "Administración de Recursos Humanos". Segunda Edición. Editorial MC Graw Hill. Colombia, 1994.

La administración de personal como función especializada, surge en el sector privado en los albores del siglo XX, y hasta el final del siglo XIX estas funciones fueron asignadas en ciertas empresas a un oficinista, que al decir de algunos autores fue el primer "Especialista" de personal, aunque su labor se limitaba a un simple registro y a una nomina de personal²⁸.

El verdadero avance de la administración de personal echa raíces a partir de 1930, cuando surge la moderna concepción de relaciones humanas y desarrollo técnico de los principales procesos y elementos de la administración de personal.

Las vertiginosas transformaciones en el entorno de las organizaciones implican que, más que vivir una época de cambios, se vive un cambio de época. Las nuevas tendencias en el mundo de la economía y el trabajo, y la presencia dentro de las organizaciones de una tecnología cada vez más avanzada suponen un reto progresivamente creciente para las organizaciones, que sólo las mejor preparadas podrán superar para asegurar su supervivencia.

- *Concepto de Recurso Humano*

No existe una acepción única de lo que es Recurso Humano (RRHH), aunque generalmente hace referencia a un grupo de personas que se desempeña en una organización determinada, tanto en sus aspectos cuantitativos y cualitativos; es decir, a la cantidad de personas que conforman la fuerza de trabajo, como también los niveles de calificación y capacitación de los mismos.

El diccionario de administración de una página virtual, especializada en administración de empresas, define el RRHH como el *"conjunto de personas con que cuenta una dependencia, entidad u organización para alcanzar sus objetivos y producir bienes y servicios que son de su competencia"*²⁹.

²⁸ Mora Frank. "Administración de personal: Conceptos". Tomado de Página Web www.gestiopolis.com. Chile. Mayo 2005

²⁹ Diccionario de Administración. "Concepto de Recurso Humano". Tomado de Sitio Web www.gestiopolis.com. Chile. Mayo 2005

Las viejas definiciones que usan el término Personal, se basan en la concepción de un hombre como un "sustituible" engranaje más de la maquinaria de producción, en contraposición a una concepción de "indispensable" para lograr el éxito de una organización. Por lo anterior, el Equipo Seminarista adopta los planteamientos más modernos que hacen distinciones entre las personas y sus capacidades, definiendo al RRHH como *"Las capacidades y/o talentos que posee cada individuo y que pone al servicio del desarrollo de la organización"*³⁰. Dicho concepto comprende todos aquellos conocimientos, experiencias y habilidades con que las personas cuentan para desarrollar una tarea o un trabajo específico. Este planteamiento postula la idea de que las personas no son recursos, aunque se le califique como el más importante para la organización.

No sólo el esfuerzo o la actividad humana quedan comprendidos en esta definición, sino también otros factores que dan diversas modalidades a esa actividad: conocimientos, experiencias, motivación, intereses vocacionales, aptitudes, actitudes, habilidades, potencialidades, salud, etc.³¹

Es cierto que son las personas las que entregan su aporte y permiten el desarrollo de las organizaciones, pero su aporte dependerá de cómo, respetando a las personas, se procura su desarrollo y aprovechamiento de sus capacidades. Lo anterior no es un planteamiento meramente semántico, porque la visión que se tiene del ser humano influye de manera significativa en el estilo de liderazgo que se posea.

Pretender administrar personas es un error, las personas no se administran, se lideran; por ende, lo que se puede y debe administrar son sus capacidades. Cabe destacar que para efectos del presente Seminario, el Equipo Seminarista adopta la definición entregada por Samuel Chávez Donoso.

³⁰ Chávez Donoso Samuel. "RE-EMPLAZANDO PARADIGMAS. 41 Ideas Claves para mejorar la tríada Productividad - Calidad - Seguridad en las empresas del Siglo XXI". Viña del Mar, Chile. Abril de 2001. Tomado de Sitio Web Instituto de Seguridad del Trabajo, www.ist.cl, Mayo 2005

³¹ Esparragoza J. Alberto. "Administración de RRHH o Talento Humano". Tomado de Sitio Web www.gestiopolis.com. Chile. Mayo 2005

- *Proceso de Gestión del Recurso Humano*

El proceso de *Gestión del Recurso Humano* consiste en la planeación, organización, desarrollo, coordinación y control de una serie de técnicas capaces de promover el eficiente desempeño de las capacidades de las personas que integran la organización.

Cabe aquí realizar la siguiente pregunta: ¿Pueden las técnicas de *Gestión del Recurso Humano* impactar realmente en los resultados de una organización?. La respuesta es un "SI" definitivo. En el caso de una organización, la eficiente productividad es el problema al que se enfrenta y sus trabajadores son una parte decisiva de la solución. Las técnicas de la *Gestión del Recurso Humano*, aplicadas tanto por los Departamentos de RRHH, como por los diversos niveles jerárquicos, ya han tenido un gran impacto en la productividad y el desempeño.

La *Gestión del Recurso Humano* es un proceso en el que confluyen diversas disciplinas; incluye conceptos de psicología y sociología organizacional, ingeniería industrial, derecho laboral, ingeniería de sistemas, etc. Los temas que se estudian regularmente en este proceso tienen que ver con variados campos de conocimiento: se habla de aplicación e interpretación de pruebas psicológicas, tecnología del aprendizaje individual, cambios organizacionales, servicios sociales, ausentismo, leyes laborales, diseño de cargos, estadísticas, capacitación, etc.

Los asuntos tratados por la gestión del recurso humano están referidos a aspectos externos e internos de la organización³².

³² Op. Cit. N°2. Chiavenato Idalberto.

Técnicas utilizadas en el Ambiente Externo	Técnicas utilizadas en el Ambiente Interno
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigación de mercado de recursos humanos ▪ Reclutamiento y selección de personal ▪ Investigación de salarios y beneficios ▪ Relaciones con el sindicato ▪ Relaciones con instituciones de formación profesional ▪ Legislación Laboral 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Análisis y Descripción de cargos ▪ Evaluación de cargos. ▪ Capacitación ▪ Evaluación del desempeño ▪ Plan de beneficios sociales ▪ Política salarial ▪ Higiene y seguridad

Cuadro 16: Técnicas del proceso de Gestión del Recurso Humano en los ámbitos externos e internos.

Algunas de las técnicas mencionadas anteriormente apuntan a la obtención y suministro de datos, en tanto que el otro grupo son, en lo fundamental, decisiones que se toman con base en los datos recogidos.

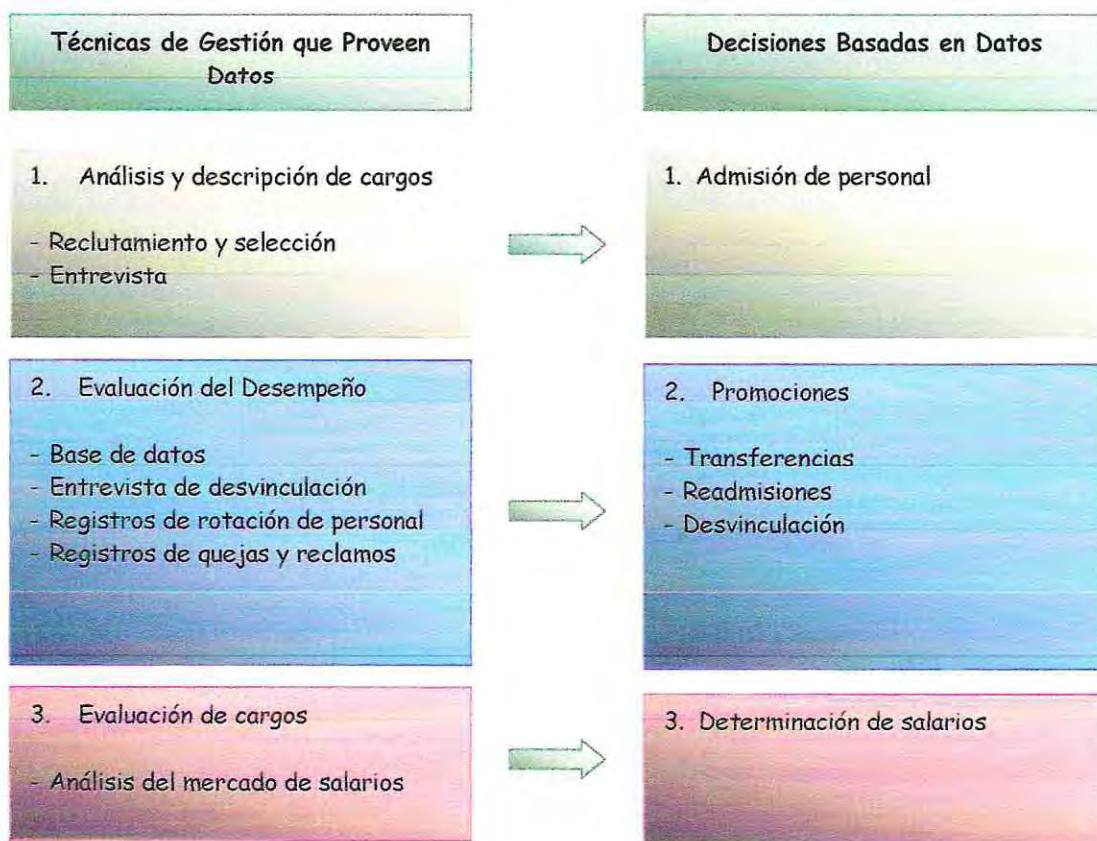


Figura 24: Técnicas de recolección de información en Recurso Humano y futuras decisiones.

Para la gestión de Recurso Humano no hay leyes ni principios universales, es un proceso contingente, es decir, depende de la situación organizacional, del ambiente, de la tecnología empleada por la organización, de la política y directrices vigentes, de la filosofía administrativa que predomine y, por sobre todo, de la calidad y cantidad de los recursos humanos disponibles. A medida que estos elementos van cambiando, la forma como se gestionan también va modificándose³³. Un modelo de gestión de Recurso Humano que tiene éxito en determinada época, puede no tenerlo en otra organización, o en la misma organización en épocas diferentes, puesto que todo va evolucionando y el proceso de Gestión del Recurso Humano debe tener en cuenta estos cambios y su influencia.

La Gestión del Recurso Humano no constituye un fin en sí mismo, sino un medio para alcanzar la eficacia y eficiencia de las organizaciones a través del trabajo de sus miembros y para establecer condiciones favorables que les permitan conseguir sus objetivos individuales.

Derivados de los objetivos organizacionales, los principales objetivos de la Gestión del Recurso Humano son:

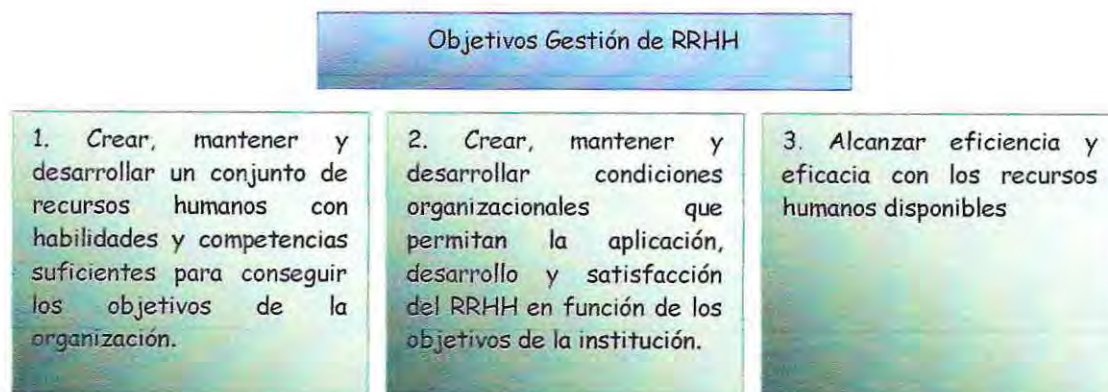


Figura 25: Objetivos de la Gestión del Recurso Humano.

Por otra parte, la Gestión del Recurso Humano presenta algunas barreras que dificultan su accionar, por ejemplo: los Recursos humanos no pertenecen sólo al Área de RRHH, sino que están distribuidos en las diversas dependencias de la organización, bajo la autoridad de varios jefes o directores. Por otra parte, la

³³ Op. Cit. N°2. Chiavenato Idalberto

Gestión del Recurso Humano opera en ambientes que han sido determinados por otros y en los que no ha tenido mayor posibilidad de control, por lo que generalmente está destinada a acomodarse, adaptarse y transigir³⁴.

Así también, los patrones de desempeño y calidad de los recursos humanos son muy complejos y diferenciados, varían según el nivel jerárquico, área de actividad, tecnología aplicada, atribuciones, etc. El control de calidad se hace desde el proceso inicial de selección y se extiende durante el desempeño diario de cada miembro.

La dificultad de saber si se está haciendo una adecuada Gestión del Recurso Humano es uno de los aspectos más críticos, pues el proceso está lleno de riesgos y desafíos no controlables e imprevisibles.

4. Elementos del Proceso de Gestión de Recursos Humanos

La Gestión del Recurso Humano consta de elementos o subsistemas interdependientes, entre los que cuentan³⁵:

³⁴ Op. Cit. N° 2. Chiavenato Idalberto

³⁵ Op. Cit. N° 2. Chiavenato Idalberto



Figura 26: Subsistemas del proceso de gestión de Recursos Humanos.

▪ *Factores Asociados al RRHH*

- *Cultura Organizacional*: se entiende por Cultura Organizacional el "Nivel más profundo de las presunciones básicas y creencias que comparten los miembros de una organización"³⁶. Estas presunciones operan en forma inconsciente y definen la visión que la organización tiene de sí misma y de su entorno.

Son respuestas que el grupo ha aprendido ante sus problemas de subsistencia en el medio externo y ante sus problemas de integración interna y que funcionaron lo suficientemente bien, a punto de ser consideradas válidas y, por ende, de ser enseñadas a nuevos miembros del grupo como la manera correcta de percibir, pensar y sentir en relación a los problemas y/o situaciones de la organización.

Características Cultura Organizacional	
✓	Subraya la importancia de los valores
✓	Existencia de creencias compartidas
✓	Mantiene unida a la organización
✓	Expresa los ideales sociales compartidos
✓	Se compone de símbolos como mitos, rituales, historias, leyendas y lenguaje particular.
✓	Cumple con transmitir una identidad, facilitar el compromiso, reforzar la estabilidad del sistema social
✓	Ofrece premisas conocidas y aceptadas.

Cuadro 17: Características Cultura Organizacional.

Para que exista una Cultura Organizacional se hace necesario la presencia de 3 factores:

1. Existencia de un grupo
2. Compartir un número suficiente de experiencias, para contar con una visión compartida
3. Existencia de un producto aprendido de la experiencia grupal

Con lo anterior se deduce que una organización no nace con una cultura predeterminada, ésta se forma a lo largo del tiempo, a través de los procesos que la organización va experimentando. Así también, una institución con rotatividad excesiva difícilmente llega a consolidar valores, pues la formación de la cultura se da en el contexto de las relaciones interpersonales al interior de la organización. La cohesión del grupo es el campo fértil que permite el desarrollo de la cultura, facilitando la apropiación de características y valores comunes.

³⁶ Kaufman 1993. Citado por Duhalde Hernández Carlos en "Gestión de RRHH". Magíster Salud Pública Universidad de Valparaíso 2004 - 2005. Valparaíso 2005

Elementos de la Cultura Organizacional

- ✓ **Valores:** son construidos en su gran mayoría por la cúpula, estando directamente relacionados con los objetivos de la organización.
- ✓ **Ritos y Ceremonias:** son actividades planeadas que poseen objetivos específicos y directos, pudiendo ser de integración, reconocimiento, valorización al buen desempeño, etc.
- ✓ **Historias y Mitos:** son narrativas constantemente repetidas, teniendo como base elementos ocurridos realmente.
- ✓ **Tabúes:** tienen como objetivo orientar el comportamiento, delimitando las áreas prohibidas y dejando claro lo que no es permitido dentro de la organización
- ✓ **Héroes:** es la encarnación de la persona ideal, emprendedora, intuitiva, con visión, etc. Los héroes natos son personas que de cierta forma, determinaron o cambiaron el rumbo de la organización

Cuadro 18: Elementos Cultura Organizacional.

- *Clíma Laboral:* se entiende por clima laboral las propiedades motivacionales del ambiente organizacional, es decir, los aspectos de la organización que provocan diversos tipos de motivación en sus miembros. Este concepto refleja la influencia ambiental en la motivación de los participantes, por tanto, puede describirse como las cualidades o propiedades del ambiente organizacional, percibidas o experimentadas por los miembros de la organización y que influye en su comportamiento.

Características del Clima Laboral:

- ✓ El Clima Laboral es alto y favorable en situaciones que proporcionan satisfacción de las necesidades personales y elevación de la moral.
- ✓ Es bajo y desfavorable en situaciones que provocan la frustración de esas necesidades
- ✓ El Clima Organizacional influye en el estado de motivación de las personas y, a su vez, es influenciado por éste.

Cuadro 19: Características Clima Laboral.

Como se ha planteado, el Clima Laboral está estrechamente ligado con la motivación de los miembros de la organización. Si la motivación de éstos es elevada, el clima tiende a ser alto y proporciona relaciones de satisfacción, animación, interés y colaboración entre los participantes. Cuando la motivación es baja, sea por frustración o por barreras a la satisfacción de las necesidades individuales, el clima tiende a bajar, caracterizándose por estados de apatía, desinterés, insatisfacción y depresión, llegando incluso a transformarse en agresividad e insubordinación³⁷.

El Clima Laboral representa el ambiente interno existente entre los miembros de la organización y puede variar en un "continuo", tal como se refleja a continuación:



Figura 27: Niveles del Clima Laboral.

³⁷ Op. Cit. N° 30. Chiavenato Idalberto

- POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

- Definición:

Conjunto de acciones y estrategias que se establecen en función de fortalecer y mejorar el desempeño de los (as) trabajadores (as) de una organización, considerando su desarrollo integral, tanto laboral como personal, con el fin de aprovechar y potenciar al máximo sus capacidades, mejorando su productividad e impactando positivamente en la organización³⁸.

Es consecuencia de la racionalidad, filosofía y la Cultura Organizacional. Las políticas son reglas que se establecen para dirigir funciones y asegurar que estas se desempeñen de acuerdo con los objetivos deseados. La Política de Recursos Humanos se convierte en la expresión concreta de cómo la organización aspira a trabajar con sus funcionarios (as) para alcanzar, por intermedio de ellos (as), los objetivos organizacionales, a la vez que cada uno logre sus objetivos personales.

La Política de Recursos Humanos tiene impacto en tres niveles paralelos: individual, organizacional y en la comunidad (local, regional y/o nacional), según el tamaño, la población objetivo y los servicios que brinde la organización.

El objetivo central de la Política de Recursos Humanos es crear condiciones favorables para el desempeño laboral y el desarrollo integral de las personas que conforman una organización, en función de sus requerimientos y el logro de los objetivos institucionales.

³⁸ OP. Cit. N° 34. Esparragoza J. Alberto.

Capítulo III

Marco

Metodológico

"PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA"

▪ INTRODUCCION

A través de la historia de la humanidad el conocer el futuro ha sido siempre una fuente de misterio y seducción para las personas y aunque en la actualidad sigue siendo una incógnita sin respuesta, la construcción de probables escenarios futuros, a partir del uso de diversas tecnologías y herramientas que se han ido incorporando a las metodologías de trabajo en diversos ámbitos de la vida en sociedad, permite esclarecer, de cierto modo, lo que vendrá a futuro facilitando el prepararse para ello.

La Planificación Estratégica es una de estas herramientas, pues permite predecir rutas alternativas y elegir la que según el criterio de los responsables de la planificación, resulte más favorable. Si bien en sus inicios la Planificación Estratégica estaba directamente ligada a la esfera de las empresas y negocios privados, paulatinamente su modelo ha ido adoptándose en diferentes dominios de la sociedad en los que la planificación posee un papel relevante dentro de las estrategias de desarrollo, es así que con mayor frecuencia la Planificación Estratégica está presente en aspectos como Salud, Educación, Gestión Municipal, Vivienda, ONGs, etc.

La Planificación Estratégica posee dos connotaciones relativamente diferentes: la primera se relaciona con la construcción de un "mapa" de las probables decisiones futuras de una organización (Empresa Privada, ONGs o Institución Pública), y la segunda con diseñar una ruta de acción personal. En ambos casos la Planificación Estratégica genera en el planificador la incertidumbre de qué pasará en el futuro y cómo se actuará de manera conveniente para cumplir con los propósitos fundamentales de la organización

Cabe destacar que las dimensiones personal y organizacional se entremezclan, pues el rumbo por el que se opta para la organización influirá en las personas que la componen y viceversa.

En general la Planificación Estratégica trata de la interacción entre el entorno y el ámbito interno de las personas o entes (organizaciones) y la habilidad de estos para actuar de manera *pro - activa* configurando estrategias que permitan aprovechar las fortalezas internas y oportunidades externas. ¹Un buen Plan Estratégico es aquel que logra elaborar un análisis de situación acorde a la realidad de la organización y en consecuencia permite que la ruta elegida sea lo suficientemente precisa para evitar desvíos (a los que la realidad generalmente enfrenta en la práctica cuando las decisiones tomadas no son las más acertadas); por lo anterior, el diseño de planes de contingencia, sistemas de monitoreo y estructura organizacional descentralizadas y flexibles complementan un exitoso proceso de Planificación Estratégica.

Con la elaboración del Plan Estratégico, no concluye la Planificación Estratégica, por el contrario, sólo se ha dado el primer paso, pues a continuación comienza la importante tarea de gestionar la implementación del plan, labor que requiere el compromiso de la alta gerencia y habilidades de liderazgo para movilizar personas y recursos en función de los propósitos definidos.

De esta manera, el proceso de Planeación Estratégica es continuo, pues la Planificación Estratégica precede y preside las funciones de dirección de la empresa.

1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

Haciendo un poco de historia, gran parte de los conceptos utilizados por la moderna dirección y Planificación Estratégica se originaron en el mundo militar. El término Estrategia proviene del vocablo griego "strategos" que significaba general o comandante. La etimología de la palabra hace alusión a un individuo y no a una

función. Esta última es una consecuencia de los actos del primero. Por circunstancias históricas que es difícil precisar o juzgar, el entendimiento de estrategia ha transcurrido durante años lejos del individuo y enfocado en la función. De esta manera ha perdido riqueza en sus alcances epistemológicos, porque no ha concentrado la necesaria atención en la relación estructural - funcional que concluirá siempre por remitirse a un individuo o persona.

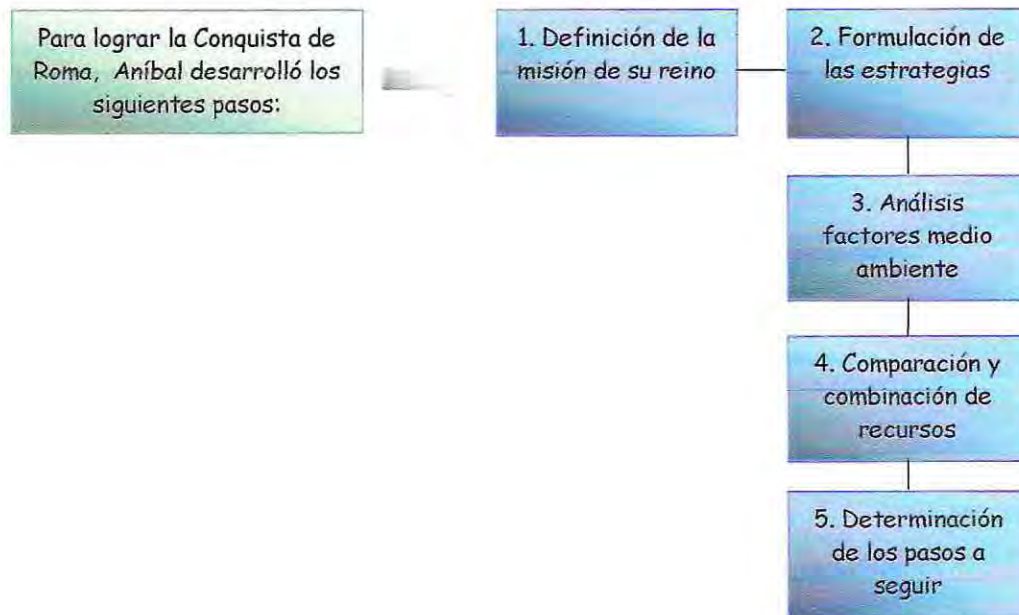


Figura 28: Uso de la Planificación Estratégica en la Antigüedad.

Esto representa el proceso de Planificación Estratégica que se aplica hoy en día en cualquier organización.

Igor Ansoff (1980), gran teórico de la estrategia identifica la aparición de este modelo en la década de 1960 y la asocia a los cambios en los impulsos y capacidades estratégicas. Para otros autores, la Planificación Estratégica como sistema de gerencia emerge formalmente en los años 70', como resultado natural de la evolución del concepto de planificación; Taylor manifestaba que el papel esencial del "management" exigía la planificación de las tareas que los empleados

¹ Venegas Guido Salvador. "Planificación Estratégica". Universidad Centroamericana. Nicaragua. Tomado de página web www.quality-consultant.com. Chile. Abril, 2005.

realizarían, el gerente pensaba el qué, cómo y cuándo ejecutar las tareas y el trabajador se encargaba de realizarlas.²

Esto originó un cambio estructural hacia lo multidivisional. La investigación y el desarrollo cobran mayor importancia; el lapso de tiempo entre la inversión de un bien y su introducción al mercado se reduce cada vez más y el ciclo de vida de los productos se acorta, así la planificación constituye un sistema gerencial que desplaza el énfasis en el "qué lograr" (objetivos) al "qué hacer" (estrategias).

La Planificación Estratégica busca concentrarse sólo en aquellos objetivos factibles de lograr y en qué negocio o área competir, en correspondencia con las oportunidades y amenazas que ofrece el entorno.

El proceso de Planificación Estratégica se comenzó a experimentar a mediados de los años 70'. En la década de los 60', Alfred D. Chandler, basándose en las enseñanzas de la historia empresarial, definió la estrategia de una empresa como la determinación de metas y objetivos a largo plazo, la adopción de cursos de acción para alcanzar las metas y objetivos y la asignación de recursos para lograrlas.

Años más tarde, en 1978, Dan E. Schandel y Charles W. Hofer, describieron la administración estratégica, como un proceso de dos etapas claramente diferenciadas: Análisis o Planeación Estratégica e implementación del Plan Estratégico.

En la actualidad, es vital el proceso de planeación y dirección estratégica en todas las empresas. En las pequeñas y medianas empresas nacionales, es cada vez más frecuente encontrar no sólo este proceso sino también la inquietud en muchos empresarios respecto de buscar el mejor método para lograr una planificación práctica y conducente a resultados de corto y mediano plazo.

² Escalante D. Teolindo. "Planificación Estratégica en PYMES". Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez. Venezuela. 2002.

2. DEFINICIÓN DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

No existe una definición única respecto de lo que es la Planificación Estratégica, su significado varía de acuerdo a la época y autor que intenta explicarla, Sin embargo cada tesis apunta a las decisiones a largo plazo para alcanzar los objetivos planteados en una empresa u organización.

En 1962, Alfred D. Chandler, al estudiar las realidades de diversas empresas (General Motors, Standard Oil y Du Pont) resalta los aportes de la planificación al desarrollo empresarial Post- Segunda Guerra Mundial y definió la estrategia de una empresa como *"La determinación de metas y objetivos a largo plazo, la adopción de cursos de acción para alcanzar dichas metas y objetivos y la asignación de recursos para los mismos"*.³

Otra conceptualización bastante interesante de destacar es la elaborada por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID): "Planificar significa anticipar el curso de acción que ha de tomarse con la finalidad de alcanzar una situación deseada. Tanto la definición de la situación deseada como la selección y el curso de acción forman parte de una secuencia de decisiones y actos que realizados de manera sistemática y ordenada constituyen lo que se denomina el Proceso de Planificación Estratégica"⁴

El Centro para el Desarrollo y Actividades Populares (CEDPA) elaboró una definición más práctica y fácil de manejar para la población en general, conceptualizándola como "un ejercicio que consiste en aclarar lo que una organización trata de conseguir y cómo se propone conseguirlo; es trazar un mapa que indique la trayectoria óptima, teniendo en consideración la dirección de la organización y lo que ésta hace bien. La planificación es el trabajo detallado, el examen minucioso de los pasos que la organización debe dar para alcanzar el éxito esperado".⁵

³ Op. Cit N° 1. Venegas Guido Salvador.

⁴ Op. Cit N° 1. Venegas Guido Salvador.

⁵ CEDPA. "Planificación Estratégica". Un Enfoque de Indagación. Washington, USA. 2000

De acuerdo a lo planteado por Ander - Egg, planificar es "la acción consistente en utilizar un conjunto de procedimientos mediante los cuales se introduce una mayor racionalidad y organización en un conjunto de actividades y acciones articuladas entre sí y previstas anticipadamente, cuyo propósito es influir en el curso de determinados acontecimientos, con el fin de alcanzar una situación elegida como deseable, mediante el uso eficiente de medios y recursos escasos o limitados", este autor también cita la definición entregada por Yeheskel Dror, quien dice que la Planificación Estratégica es "proceso de preparar un conjunto de decisiones para la acción futura, dirigidas al logro de objetivos por medios preferibles"; A juicio de Ander - Egg, esta explicación es la más clara y didáctica que se ha entregado acerca del concepto de Planificación Estratégica.⁶

Finalmente, la "Asociación Internacional Para el Desarrollo de las Comunicaciones", define la Planificación Estratégica como un "*Proceso de evaluación sistemática de la naturaleza de una organización, definiendo los objetivos a mediano y largo plazo, identificando metas y objetivos cuantitativos, desarrollando estrategias para alcanzar dichos objetivos y localizando recursos para llevar a cabo dichas estrategias*".⁷

Tal como se ha expresado anteriormente, son múltiples las acepciones que existen sobre Planificación Estratégica; por tanto, el Equipo Seminarista, basándose en la definición anterior, entenderá la Planificación Estratégica como "*Un proceso de reflexión y evaluación sistemática de la organización, que involucra el planteamiento de objetivos a mediano y largo plazo junto a la definición de metas, estrategias y recursos a fin de lograr la situación deseada para la institución*".

Cabe destacar que también es una poderosa herramienta de diagnóstico, análisis, reflexión y toma de decisiones colectivas, en torno al quehacer actual y al camino que deben recorrer en el futuro las organizaciones e instituciones para

⁶ Ander-Egg Ezequiel. "Introducción a la Planificación". Editorial Siglo XXI. 1991.

⁷Asociación Internacional Para el Progreso de las Comunicaciones. "Planificación Estratégica". Extracto de Administración de las ONGs. Página web www.apc.org

adecuarse a los cambios y a las demandas que les impone el entorno y lograr el máximo de eficiencia y calidad de sus prestaciones.

3. CARACTERÍSTICAS DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La Planificación Estratégica presenta una serie de características que según Ander - Egg se resumen de la siguiente forma⁸:

- **Planificar es un proceso**, por ende una actividad continua y unitaria que no termina con la formulación de un plan determinado sino que implica un reajuste permanente entre medios, actividades y fines y, sobre todo, de caminos y procedimientos a través de los cuales se pretende incidir en algunos aspectos de la realidad. Estos reajustes se hacen de acuerdo a una estrategia que tiene en cuenta a los *diferentes actores sociales* y factores contingentes que actúan e inciden en el mismo *escenario* en que se desarrolla el plan o programa. Como en este escenario confluyen diferentes factores y actores se necesita de un análisis de situación interactivo y de propuestas renovadas que surgen de esta cambiante realidad.
- **Preparatorio** de un conjunto de decisiones que deben ser formuladas por los responsables de elaborar el plan o programa (un equipo técnico o técnicos y beneficiarios). Luego estas decisiones deben ser aprobadas por quienes tienen poder político con el propósito de ser realizadas. La planificación y la ejecución de un plan si bien son procesos interrelacionados, son distintos y deben considerarse analítica y metodológicamente separados.
- **Un conjunto**, si bien planificar es una forma de tomar decisiones (*decisión making*) y formular políticas (*policy making*), su carácter específico es el de tratar con un conjunto de decisiones, es decir, con una matriz de series sucesivas e interdependientes de decisiones sistemáticas, dentro de una situación dinámica e interactiva.

⁸ Op. Cit N° 6. Ander-Egg Ezequiel.

- **Decisiones para la acción.** La planificación es una actividad con una intencionalidad eminentemente práctica, (lo que parecen ignorar muchos "elaboradores" de planes y proyectos). *Se planifica para la acción* y no para otros objetivos tales como la adquisición de conocimientos, o lo que es una tragedia en América Latina, se elaboran planes para... elaborar planes, documentos o libros que nadie utilizará y difícilmente serán leídos por más de media docena de personas. Esto ha conducido a que haya un superávit de planes y un déficit de ejecución.

- **Futura.** La planificación es siempre una actividad que concierne al futuro, ya sea que la consideremos como función administrativa o bien, como un conjunto de procedimientos para elaborar planes, programas o proyectos. Este futuro que prevé la planificación está expresado operativamente en lo que en el lenguaje de la Planificación Estratégica se denomina una "situación objetivo".

- **Dirigido al logro de objetivos.** Planificar, como ya lo dijimos reiteradamente, es prever "hacer algo", pero lo que se quiere hacer no puede quedar en la nebulosa, ser vago, inasible o difícilmente realizable. "Aquello" que se ha de hacer, tiene que expresarse con objetivos concretos y bien definidos, traducidos operacionalmente en metas de cara a obtener los resultados previstos. La planificación supone las posibilidades de una relación de causalidad entre lo decidido (programado) o lo realizado (ejecutado) y los resultados obtenidos.

- **Por medios preferibles.** Se trata de identificar los mejores medios con respecto a un *input* de recursos disponibles. Desde un punto de vista estrictamente técnico - operativo, este aspecto de la planificación puede definirse como el arte de establecer procedimientos para la organización de las relaciones entre medios y objetivos. Al mismo tiempo, se trata de proporcionar normas y pautas para la toma de decisiones coherentes, compatibles e integradas que conducen a una acción sistemáticamente organizada y coordinadamente ejecutada.

Siguiendo la línea de Ander - Egg, Cynthia Bendlin⁹, experta en Planificación Estratégica plantea una serie de características que permiten entenderla de forma más práctica y dinámica:

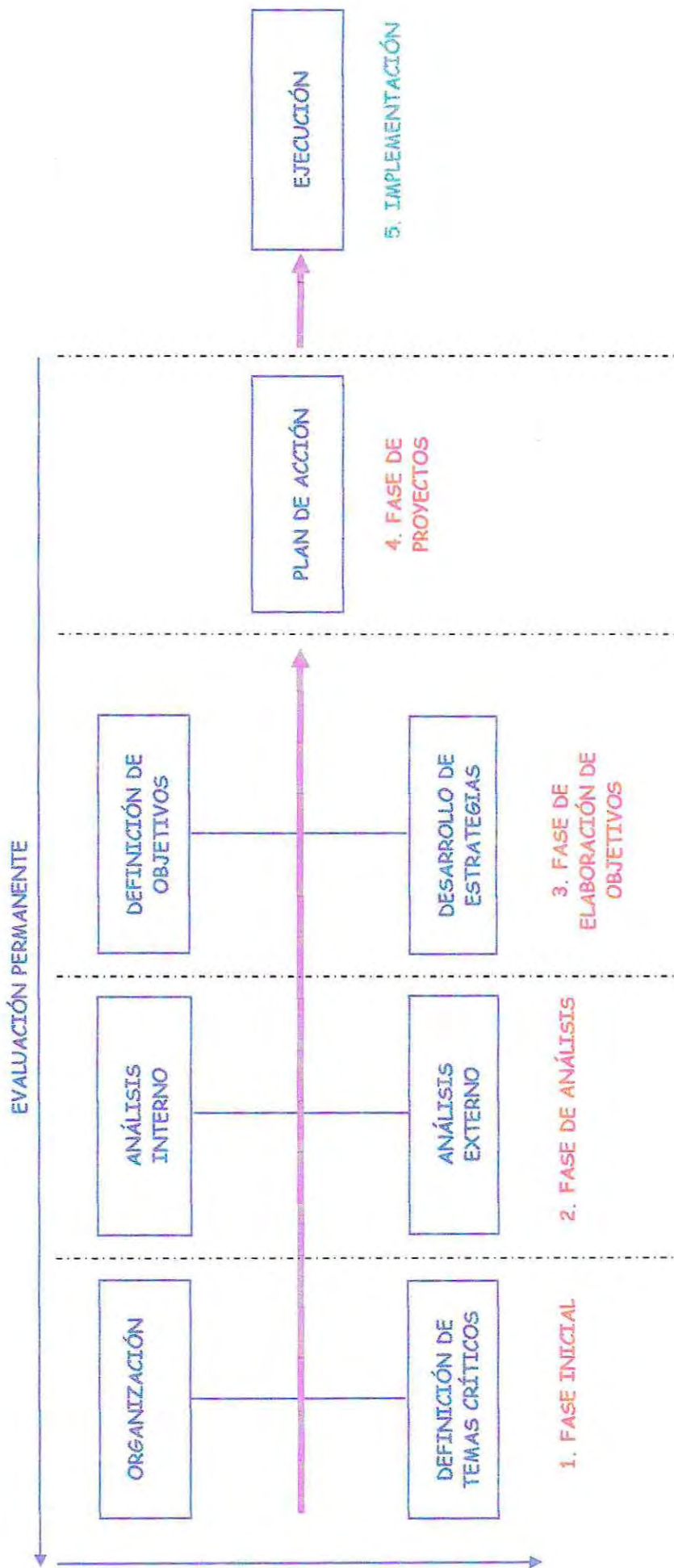
- **Visión holística:** Constituye la visión de conjunto donde se ven las partes en función al todo. Esto permite un análisis mucho más enriquecedor y una herramienta fundamental para la priorización adecuada de objetivos y actividades. Además, el trabajo de equipo pasa por el concepto de cuerpo y las partes no funcionan adecuadamente si no se tiene una visión compartida.
- **Visión a largo plazo:** Constituye una de las principales características de la Planificación Estratégica. Define todos los objetivos específicos necesarios para el logro del objetivo general. Si se tiene un problema central que resolver se analizan todas las causas, eliminando la idea que existe una sola causa sino una suma de ellas, y por lo tanto la solución pasa por la suma de soluciones.
- Permite lograr **objetivos de mayor impacto y duraderos** en el tiempo.
- **Consolidación de la organización** y la aproximación a objetivos superiores y no limitados como son las metas u objetivos a corto plazo.
- **Contribuye a la aproximación de la visión**, es decir a la proyección que se tiene de la empresa a largo plazo.
- **La interrelación con el contexto**, es sumamente importante a través de la definición de vías de comunicación con el mismo.
- Gracias a la evaluación y seguimiento continuos se pueden **identificar los cambios** a ser introducidos en el plan, **respondiendo así a la nueva realidad**

A las características anteriores, la Asociación Internacional para el Progreso de las comunicaciones, agrega las siguientes:

⁹ Bendlin Cynthia. "Curso de Planificación Estratégica" Magister en Salud Pública, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, 2004

- **Es original**, en el sentido que constituye la fuente u origen para los planes específicos subsecuentes.
- Es conducida o ejecutada por los más altos niveles jerárquicos de dirección.
- Establece un **marco de referencia general** para toda organización.
- Se maneja **información fundamental externa**.
- **Afronta mayores niveles de incertidumbre** en la relación con los otros tipos de planeación.
- Normalmente cubre **amplios periodos**
- **No define lineamientos detallados**.
- Su **parámetro principal es la eficiencia**.

4. FASES DE LA PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



4.1 Fase Inicial

En esta etapa y aun cuando ciertamente la organización se beneficiará de la Planificación Estratégica, la organización debe plantearse las razones por las que desea o debe emprender este proceso, tomando en consideración el tiempo, energía y recursos que deberá invertir para tal fin. Algunas de las razones que respaldan esta decisión pueden ser¹⁰:

- **Afirmar la organización.** Reunirse con otros trabajadores (as) y/o responsables para debatir el futuro de la organización, compartir criterios e ideas respecto de las razones por las que existe y examinar atentamente sus aspiraciones y valores. En este caso el proceso de planificación puede promover el compromiso compartido y reafirmar las razones por las que cada miembro de la organización opta por formar parte de ella.
- **Descubrir lo "mejor de la organización".** La Planificación Estratégica hará participar a las personas en la valoración de las cosas que la organización hace mejor y en la determinación de cuando se ha "*desempeñado óptimamente*". Esta situación permite planificar el futuro con mayor posibilidad de éxito, pues al saber cuándo se ha trabajado de mejor forma es posible que se tienda a repetir estos patrones en el futuro.
- **Aclarar ideas futuras.** Es común que quienes organizan y/o dirigen se vean o sientan inmersos y abrumados por problemáticas cotidianas que les dificulta mantener con certeza la idea de adonde se dirige la organización. La Planificación Estratégica proporciona una *pausa* para que la organización se examine a sí misma, especialmente a través del análisis de su visión y misión, y determine si está todavía encaminada hacia el futuro y objetivos que desea alcanzar.
- **Transformar la visión en acción.** La Planificación Estratégica representa una oportunidad para trazar un mapa de la organización, donde se expongan los pasos que se deben dar para alcanzar la visión que ésta posee. El desarrollo de un plan de

¹⁰ Op. Cit. N°5. CEDPA

acción estratégico es la forma en que la organización construye su futuro y transforma "su sueño" en realidad.

Además de las razones anteriores, la organización debe analizar cuál es el significado que otorga a la Planificación Estratégica y qué es lo que espera conseguir de ella. También es importante el verificar que el estado de ánimo de los responsables del proceso de planificación sea acorde a las exigencias del mismo, así como comprobar que se cuenta con el respaldo y compromiso de los demás miembros de la organización.

4.2 Fase de Análisis:

Esta fase se orienta al análisis tanto del ámbito interno como externo de la organización. En primer lugar, los encargados de la Planificación Estratégica deben desarrollar una "Indagación Institucional" que profundice en los momentos que la institución se desempeñó de manera óptima. La Indagación Institucional¹¹ es un proceso de investigación a través del cual se logra conocer y determinar los aspectos positivos de la organización de modo de potenciarlos y aprovecharlos al máximo; considerando que la Planificación Estratégica no significa resolver problemas, sino adoptar soluciones.

Para realizar la Indagación Institucional se pueden desarrollar rondas de entrevistas, trabajos grupales, foros de conversación, etc.; tanto con el equipo planificador como con los otros miembros de la organización de modo de obtener, desde su punto de vista, información respecto de los momentos de desempeño óptimo de la institución.

Una vez realizada esta tarea se debe comenzar el proceso de Análisis de Situación¹², que es el medio por el cual la organización realiza un reconocimiento de su realidad tanto a lo interno como al entorno. Sirve para valorar, evaluar y analizar variables y factores tanto pasados, presentes y tendencias de futuro.

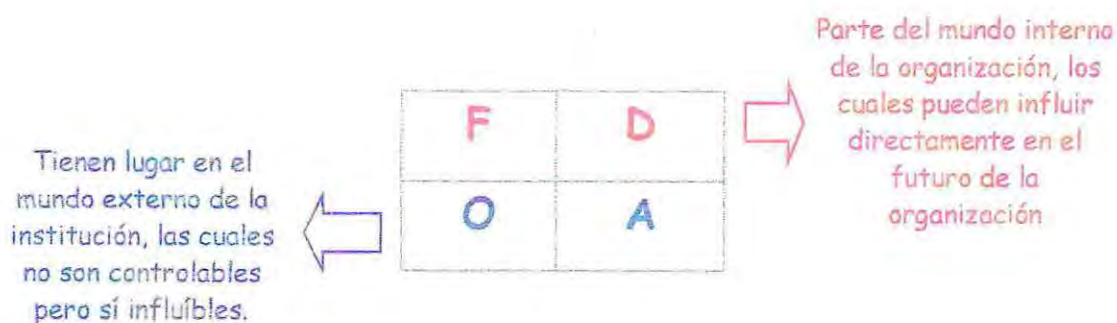
¹¹ Op. Cit. N°5 CEDPA

¹² Op. Cit. N° 1. Venegas Guido Salvador

Para desarrollar un análisis de situación exhaustivo y coherente se deben considerar los siguientes tres aspectos:

- ☞ Situación Interna
- ☞ Atmósfera Ambiental
- ☞ Entorno Específico

⇒ Situación Interna: Existen diversas herramientas que permiten desarrollar este ejercicio, ya sea guías y cuestionarios específicos, análisis estructural por sectores, análisis de actores claves; pero, sin duda, la herramienta más utilizada es el FODA.



Donde:

A) FUERZAS:

Representa los principales puntos a favor con los que cuenta la institución, en cuatro amplias categorías:

1. Potencial Humano.
2. Capacidad de Proceso (Equipos - edificios y sistemas).
3. Productos y Servicios.
4. Recursos Financieros.

B) DEBILIDADES:

Se relacionan con potencial humano, capacidad de proceso o finanzas. La organización debe poner sus esfuerzos en reforzar los puntos o elementos débiles o tomar acciones a modo que impidan su avance.

C) OPORTUNIDADES:

Eventos o circunstancias que se espera ocurran o puedan inducirse a que ocurran en el mundo exterior y que podrían tener un impacto positivo en el futuro de la organización. (Mercados - Clientes - Industrias - Gobierno - Competencia - Tecnología).

D) AMENAZAS:

Eventos o circunstancias que pueden ocurrir en el mundo exterior o que pudieran tener un impacto negativo en el futuro de la institución.

- *Análisis de la Visión y Misión de la Organización*

Hasta este punto, los encargados del Proceso de Planificación Estratégica, han tenido la oportunidad de conocer con detenimiento con los diversos aspectos (positivos y negativos) de la organización, lo que les permite desarrollar de forma adecuada el siguiente paso que consiste en analizar la visión y misión de la organización. Estos factores son centrales dentro del planteamiento de la estrategia, pues son el respaldo y horizonte de la misma y a ellos debe responder y ser acorde el plan estratégico a desarrollar.

Teniendo en cuenta que la *VISION* corresponde a Sueños y utopías que se asocian con esperanzas, intereses, principios y valores, es decir, lo que la organización aspira a ser, visualizar el futuro implica un permanente examen de la organización frente a sus clientes y/o usuarios, su competencia, su propia cultura

y, por sobre todo, discernir entre lo que se es hoy y lo que se desea ser en el futuro, todo esto frente a las capacidades y oportunidades.

Por esto, al analizar la visión se deben considerar los siguientes aspectos:

- ☞ Lo que la organización aspira a ser (no lo que tiene que hacer)
- ☞ Confirmar la declaración de la visión y asegurarse de que sea compartida por todos los miembros de la organización
- ☞ Comprensión del impacto ambiental, es decir, detectar las influencias del ambiente externo, importantes para el futuro de la organización.
- ☞ Definición de los clientes y/o usuarios (as) que la organización espera tener.
- ☞ Selección de los productos y/o servicios que la organización desea ofrecer o generar, teniendo en cuenta las necesidades de los clientes - usuarios (as), la competencia, la tecnología, etc.
- ☞ Estimación del potencial de la organización para facilitar cualquier decisión estratégica futura.
- ☞ Identificación de los "valores agregados" de la institución, es decir, aquel conjunto particular de destrezas, posicionamiento, experiencia o recursos para actuar con éxito.

Por otra parte, la MISIÓN de la organización corresponde a la *finalidad y razón de ser* de la misma. Se constituye en el vector fuerza que permite dar orientación a las acciones que se realizan, pues indica de manera concreta donde radica el éxito de la organización.

Se puede analizar y/o construir a partir de las respuestas a las siguientes preguntas:

- ☞ ¿Quiénes somos? → Identidad, legitimidad.
- ☞ ¿Qué buscamos? → Propósitos, para qué fue creada.
- ☞ ¿Cuál es nuestro quehacer? → Principales medios para lograr el propósito.
- ☞ ¿Por qué lo hacemos? → Valores, principios, motivaciones.
- ☞ ¿Para quiénes trabajamos? → Clientes / Usuarios (as).

La misión define la interrelación entre la organización y sus actores relevantes: clientes / usuarios (as), proveedores, trabajadores (as), comunidad, medio ambiente. Debe ser un compromiso compartido por todos en la organización, debe ser precisa y factible.

⇒ *Atmósfera Ambiental*: Es la parte superestructural que rodea a la organización y lo componen fuerzas de carácter económico, político, social, cultural, demográfico, jurídico, ecológico y tecnológico. A fin de lograr un buen nivel de profundidad y concreción, se debe analizar cada una de estas fuerzas sin perder de vista que existe interdependencia entre ellas.

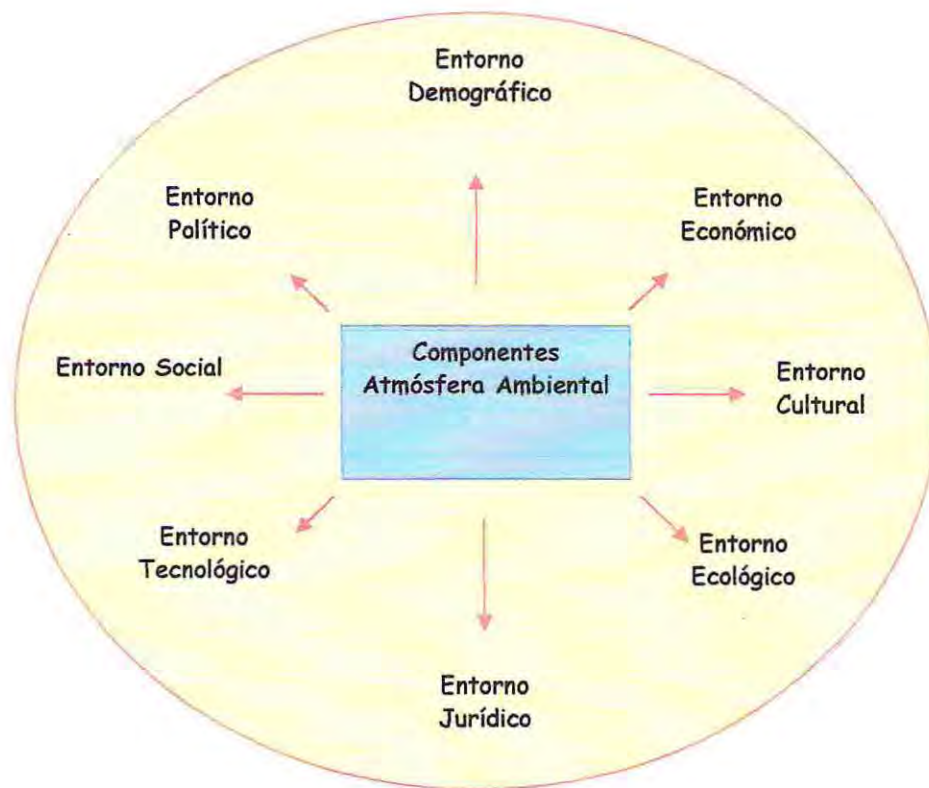


Figura 29: Componentes de la atmósfera ambiental.

Las diversas categorías que constituyen la visión de la atmósfera ambiental se descomponen en variables, situaciones y condiciones para su estudio y al respecto interesa que el análisis de cada uno de estos elementos permita que:

- ⇒ Tener un conocimiento del comportamiento de la variable, factores que lo determinan y la manera como opera.
- ⇒ Explicar con profundidad y precisión la forma cómo incide la variable sobre la organización. Esto incluye medición cuantitativa y cualitativa de sus efectos, de tal forma que sea factible aprovecharlas, si son oportunidades que ofrece el entorno, o contrarrestarlas si son amenazas.

↳ Identificar los centros de poder y/o decisión en los cuales se genera y origina el comportamiento de la variable o fenómeno, señalando el grado de incidencia que pueda tener sobre la organización, para orientar el plan de acción que intensifique, atenúe o elimine sus efectos según sea el caso.

El estudio de la atmósfera ambiental en sus diferentes categorías comprende diversas etapas: descriptiva, de análisis y de obtención de conclusiones.

☞ *Descriptivo*: se trata de revisar todas las variables o situaciones de la categoría que se esté estudiando e identificar aquellas que tiene o pueden tener influencia en la organización.

☞ *Análisis*: se trata de explicar como influye en las situaciones, condiciones o variables identificadas en el comportamiento de la organización.

☞ *Conclusiones del análisis*: deben llevar al desarrollo de razonamientos y enunciados que orientan la formulación del Plan Estratégico.

Para el análisis de una organización en particular se deben seleccionar aquellas variables que sean pertinentes de acuerdo con la actividad que realiza. Así mismo, deben agregarse variables o contemplar aquellas situaciones e indicadores que particularmente interesan a la organización.

En el mismo contexto, vale la pena anotar que el ámbito del espacio en que debe estudiarse cada variable depende del alcance que tiene la organización en su operación, mercadeo de bienes o servicios y obtención de la materia prima, lo cual determinará si el medio ambiente debe ser analizado a nivel local, regional, nacional o internacional.

⇒ *Entorno Específico*: Se refiere a todas aquellas instituciones u organizaciones que ofrecen productos o prestan servicios en la misma área o similares.

A inicio de los años 80, Michael Porter, en su libro "*Competitive Strategy: Techniques for Analyzing Industries and Competitors*", propuso un modelo para analizar la estructura de lo que él denominó "sectores industriales" que resulta de agrupar, para fines de estudio, a las empresas u organizaciones que compiten entre sí, produciendo y/o comercializando productos o servicios iguales o similares. Uno de los postulados de este modelo es que en el entorno de la organización existen cinco fuerzas (CINCO FUERZAS DE PORTER) que determinan la rentabilidad a largo plazo de un mercado o de algún segmento de éste. Esta herramienta es importante cuando se trata de diagnosticar la situación del conjunto de competidores agrupados en el sector industrial y de reconocer las habilidades estratégicas que puede tener cada organización para crear estrategias que permitan ventajas competitivas sostenibles en el largo plazo.

Las cinco fuerzas identificadas por Porter son:

☞ *Amenaza de ingreso de nuevos competidores*: el atractivo de un sector industrial o un segmento de este, dependerá de si las barreras de entrada son fáciles o no de superar por nuevos participantes que puedan llegar con nuevos recursos y capacidades para apoderarse de una porción del mercado.

☞ *Amenaza de ingreso de productos sustitutos*: un sector industrial o segmento de éste tiene un tope en sus precios y por ende en su rentabilidad si existen productos sustitutos actuales o potenciales. En dependencia de la base tecnológica, pueden entrar a precios más bajos reduciendo los márgenes de utilidad de la industria.

☞ *Poder de negociación de los proveedores*: los proveedores de un sector industrial tendrán una correlación de fuerzas a su favor si están bien organizados gremialmente, cuentan con fuertes recursos y pueden imponer sus condiciones de precio y tamaño del pedido. Las condiciones que agravarían la situación del sector

industrial son si los insumos que suministran son claves, no tienen sustitutos o son escasos y de alto costo, y si al proveedor le conviene estratégicamente integrarse hacia delante.

☞ *Poder de negociación de los compradores:* la correlación de fuerzas para negociar estará a favor de los clientes si éstos están organizados, el producto tiene varios o muchos oferentes y/o sustitutos, el producto no es muy diferenciado o pueden hacer sustituciones por igual o a muy bajo costo. Generalmente los compradores exigen reducción de precios, mayor calidad y servicios a costa de los márgenes de utilidad de las empresas u organizaciones del sector industrial. Existen situaciones donde a las organizaciones de compradores les conviene estratégicamente integrarse entre sí.

☞ *Rivalidad entre los competidores:* para una organización será más complejo competir en un sector industrial o en uno de sus segmentos, donde los competidores estén muy bien posicionados, sean muy numerosos y tengan costos fijos altos. La rivalidad generalmente se expresa en guerra de precios, fuertes y agresivas campañas publicitarias y mercadeo, promociones y lanzamiento de nuevos productos, lo que a la postre termina beneficiando a los compradores u a otros sectores industriales, como es el caso de trasladarle recursos a la industria publicitaria en detrimento de la rentabilidad del propio sector industrial.

El análisis de la atmósfera ambiental y el entorno específico se realiza en las dimensiones espacio y tiempo simultáneamente. Se trata de enfocar cuál es la situación actual del entorno y cómo podría llegar a transformarse en el futuro, identificando las implicancias para la organización que se pueden deducir de dicho análisis.

4.3 Fase de Elaboración de Objetivos:

Esta fase trata de responder a la cuestión del "deber ser" del plan¹³; hace referencia a lo que se quiere llegar. A través del diseño del "deber ser" se expresa la situación objetivo y de ella se deriva el arco direccional del plan y las estrategias de acción. La cuestión fundamental es *¿A DÓNDE QUEREMOS LLEGAR?*, lo que configura un sistema de valores que inspira o proporciona direccionalidad a la acción. Se debe definir el futuro deseado de la organización, además de plantear los pasos a seguir para alcanzarlo.

Los aspectos claves en la formulación de los objetivos estratégicos¹⁴ son los siguientes:



Figura 30: Consideraciones en la formulación de Objetivos Estratégicos.

Se debe tener presente los siguientes criterios al momento de plantear los objetivos, de modo de asegurar el éxito en su consecución:

• *Conveniente:* Un requisito obvio para un objetivo es que su logro debe apoyar los propósitos y misiones básicos de la organización. Además, debe guiar a la misma en la dirección identificada por los propósitos y misiones básicos. Un objetivo que no hace ninguna contribución al propósito no es productivo, y uno que se opone al

¹³ Op. Cit. N°6: Ander - Egg

¹⁴ Op. Cit N°1: Venegas Guido, Salvador

mismo es peligroso. Una contribución positiva a un propósito debe ser planeada si el objetivo debe tener un efecto más que casual en esta área.

- *Mensurable a través del Tiempo:* Hasta donde sea posible, los objetivos deberán establecer, en términos concretos, lo que se espera que ocurra y cuándo. La planeación se facilita cuando los objetivos están fijados no como generalidades inexactas, sino en términos concretos. Los objetivos pueden cuantificarse en términos tales como calidad, cantidad, tiempo, costo, índice, porcentaje, tasa, o en pasos específicos a seguirse.

- *Factible:* al plantear un objetivo, se debe poner atención en que éstos sean posibles de lograr; sin embargo, no es fácil fijar objetivos prácticos ya que numerosas consideraciones están involucradas en el proceso de su determinación. El objetivo debe establecerse en vista de lo que los planificadores consideran que pasará en el entorno de la organización: las posibles acciones de los competidores y las proyecciones en los aspectos económicos, sociales, políticos y técnicos del medio ambiente. Además, deben tomarse en cuenta los factores internos tales como capacidades directivas, fuerzas que motivan o desaniman a empleados, capital disponible y habilidades de innovación técnica. Un objetivo factible refleja de manera realista tales fuerzas, las cuales con la realización apropiada de los planes pueden esperarse que ocurren dentro del lapso especificado.

- *Aceptable:* Los objetivos pueden lograrse más fácilmente si son aceptados por todos los miembros de la organización. Un objetivo que no se adapta al sistema de valores de un director importante no será aspirado asiduamente.

- *Flexible:* El objetivo debe ser posible de modificar cuando surgen contingencias inesperadas, esto no significa ser inestable, sino lo suficientemente firme para asegurar la dirección.

- *Motivador:* En términos generales, los objetivos fuera del alcance de las personas no son objetivos motivadores ni son logrados fácilmente. En la mayoría de las organizaciones, los objetivos motivadores son aquellos que son un poco agresivos,

van un poco más allá de los límites de lo posible. Ciertas investigaciones han confirmado que los objetivos específicos aumentan la productividad superando a aquellos objetivos fáciles de lograr.

- *Comprensible:* Los objetivos se deben plantear con palabras sencillas y comprensibles. Sin embargo, no importando cómo están formulados, los planificadores que los establecen deben asegurarse de que sean comprendidos por todos aquellos involucrados con sus logros. Este punto puede aparentar no tener fundamento, pero es importante; un estudio sobre peligros latentes en la planeación concluyó que los objetivos malentendidos fueron la principal causa de quejas entre los directivos.

- *Obligación:* Una vez que se ha llegado a un acuerdo respecto a los objetivos, es conveniente que exista una obligación para hacer lo necesario y razonable con el fin de lograr los objetivos establecidos.

- *Participación De Las Personas:* Los mejores resultados se logran cuando aquellos responsables del logro de objetivos pueden participar en el planteamiento de los mismos. Este punto se refiere más bien a organizaciones grandes y descentralizadas, no así a instituciones pequeñas.

Las personas que participan en la determinación de los objetivos que ellos mismos deben lograr se sentirán más motivadas para hacerlo que aquellas que tienen poca ingerencia en esta área. Además, el involucrarse en el proceso de establecimiento ayuda a satisfacer las necesidades de las personas debido a que éstas tienen que usar sus capacidades para promover los intereses, tanto los propios como los detallados, íntimos y sustanciales de los ejecutivos (as) y del personal acerca de sus propias operaciones. La colaboración entre la alta dirección y los gerentes de divisiones al fijar los objetivos representa una gran ventaja.

- *Relación:* Existen varios aspectos en cuanto a la relación. Primero, los objetivos deben relacionarse con los propósitos básicos. Segundo, los objetivos de diferentes partes de la organización deben examinarse para que sean consistentes

con y satisfagan los objetivos de la alta dirección. Por último, los objetivos estratégicos deben apoyarse en los puntos fuertes, la corrección de los puntos débiles, el aprovechamiento de las oportunidades y la prevención de las amenazas.

4.4 Fase de Configuración de Proyectos:

Una vez enunciados los objetivos estratégicos se debe confeccionar el Plan Estratégico mediante el cual se dará cumplimiento a dichos objetivos.

En esta fase se concretan los objetivos del Plan, definiendo claramente responsabilidades, recursos y temporalización de cada proyecto.

De modo de facilitar y ordenar esta labor, es conveniente dividir las acciones por *Unidades de Planificación*¹⁵, así, encontramos:

- a) Línea de Acción Estratégica: enuncia los ejes operativos de los objetivos estratégicos, indicando las temáticas que contienen los Programas y Proyectos específicos.
- b) Programa: es la unidad de planificación cuyos objetivos corresponden a la articulación coherente de un conjunto de proyectos, en los que el período de desarrollo es equivalente a un año calendario.
- c) Proyecto: unidad básica de planificación que corresponde a la articulación lógica de objetivos, tiempo y recursos en función a la producción de bienes y/o servicios, orientados a satisfacer necesidades o resolver factores críticos identificados en un lugar y momento determinado.

¹⁵ Dirección de Desarrollo Comunitario, I. Municipalidad de Viña del Mar. "Plan Estratégico Desarrollo Comunitario 2004". Viña del Mar, 2004.

⇒ Modelo de Matriz de Planificación:

Objetivo Estratégico N° XX

Línea de Acción Estratégica	Programa	Proyecto y Actividades	Responsable

Cuadro 20: Modelo Matriz de Planificación.

4.5 Fase de Ejecución:

La labor en esta fase es llevar a cabo las acciones planteadas para alcanzar los objetivos. Se debe seguir detalladamente la ejecución de cada proyecto, observando permanentemente el entorno de modo de establecer si el análisis que sirvió de base para la toma de decisiones sigue siendo el mismo.

Un aspecto clave de tener en cuenta, es que durante todo el proceso se deben evaluar las distintas tareas que se estén realizando en cada una de las fases, de modo de mantener bajo control los cambios y modificaciones que ocurran en el entorno (interno y externo) que puedan influir en la planificación.

5. EJES DE LA PLANIFICACION ESTRATEGICA¹⁶

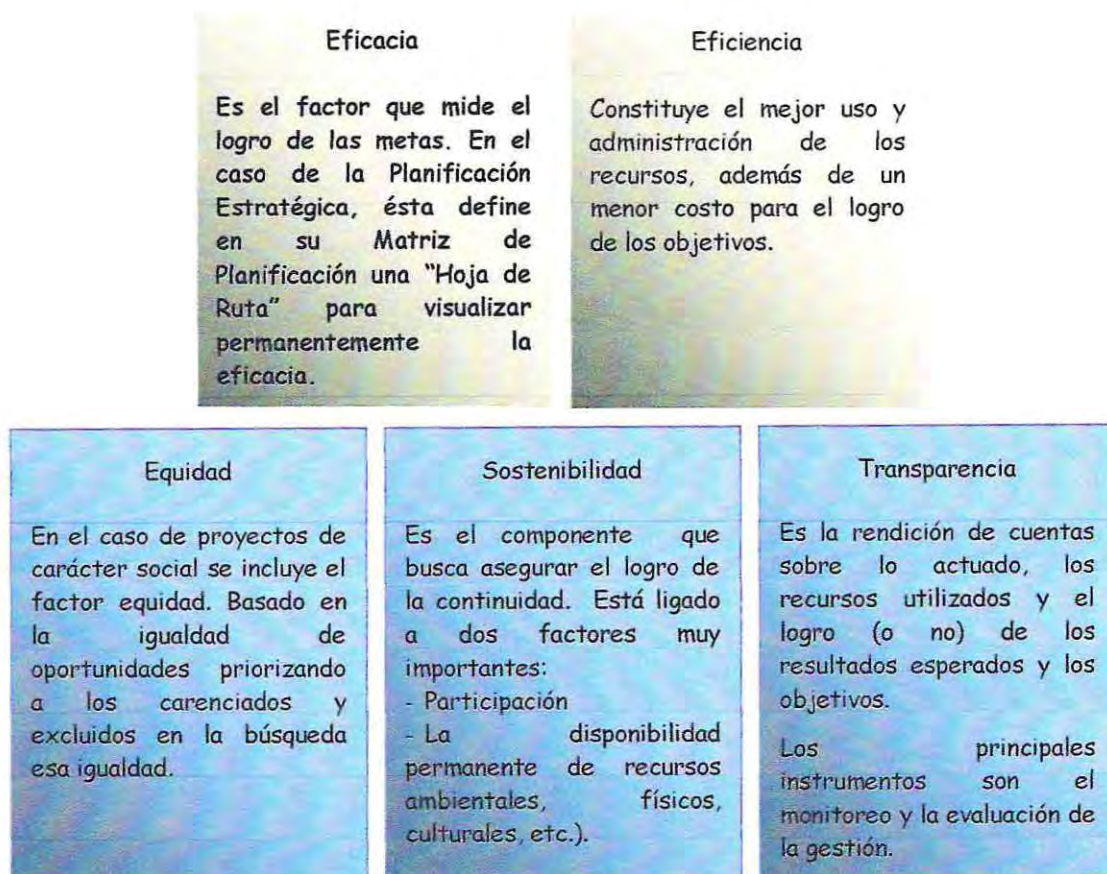


Figura 31: Ejes de la Planificación Estratégica.

6. VENTAJAS DE UN PLAN ESTRATÉGICO¹⁷

El Plan Estratégico, como la resultante del proceso de reflexión estratégica, aporta a la Entidad o Territorio que lo asume una serie de objetivos y ventajas de sumo interés:

- 1º. Identifica problemas y amenazas que, a mediano y largo plazo pueden tener gran repercusión. Asimismo, ayuda a la búsqueda y detección sistemática de nuevas oportunidades de desarrollo.
- 2º. Expone las voluntades estratégicas de los directivos y las concretiza en términos operativos, a través del proceso de encaje entre las voluntades

¹⁶ Op. Cit. N°9: Bendlin Cynthia

¹⁷ Op. Cit. N°7: Asociación Internacional para el Desarrollo de las Comunicaciones

personales, los impactos del entorno y las fortalezas o debilidades propias. Así se clarifica el proceso de asignación de recursos; facilita la integración del equipo humano; y se orienta la gestión hacia la búsqueda de objetivos estratégicos conjuntos, facilitando los procesos de coordinación.

3°. Facilita el control y clarifica el Sistema de Información. El Plan Estratégico contribuye a implantar un control de la gestión, basado en realidades posibles a través del control presupuestario de la misma.

4°. Su propia metodología impulsa la participación del conjunto de los agentes en las decisiones acerca del futuro, facilitando el consenso y la definición común.

- **Planificando se consigue lo siguiente:**

- Establecer la dirección a seguir por la organización y sus unidades de trabajo.
- Examinar, analizar y discutir sobre las diferentes alternativas posibles.
- Facilitar la posterior toma de decisiones.
- Supone mayores beneficios y menores riesgos.
- Visión a largo plazo.
- Es la planeación de tipo general proyectada al logro de los objetivos institucionales de la organización, y tiene como finalidad básica el establecimiento de guías generales de acción de la misma.
- Este tipo de planeación se concibe como el proceso que consiste en decidir sobre los objetivos de una organización, sobre los recursos que serán utilizados y las políticas generales que orientarán la adquisición y administración de tales recursos, considerando a la institución como una entidad total.

7. DISEÑO OPERATIVO DEL PROCESO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA APLICADO A LA CONFIGURACIÓN DE LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA COMUNA DE QUILLOTA.

La Planificación Estratégica, como metodología de aplicación en cualquier organización, conlleva el desarrollo de cinco fases de trabajo que delinean la ruta a seguir para el logro de un proceso de Planificación eficiente y eficaz. Por tanto la concreción de cada una de estas etapas permite la formulación del producto que se espera lograr por medio de la aplicación de esta metodología, en este caso la formulación de la Política de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota.

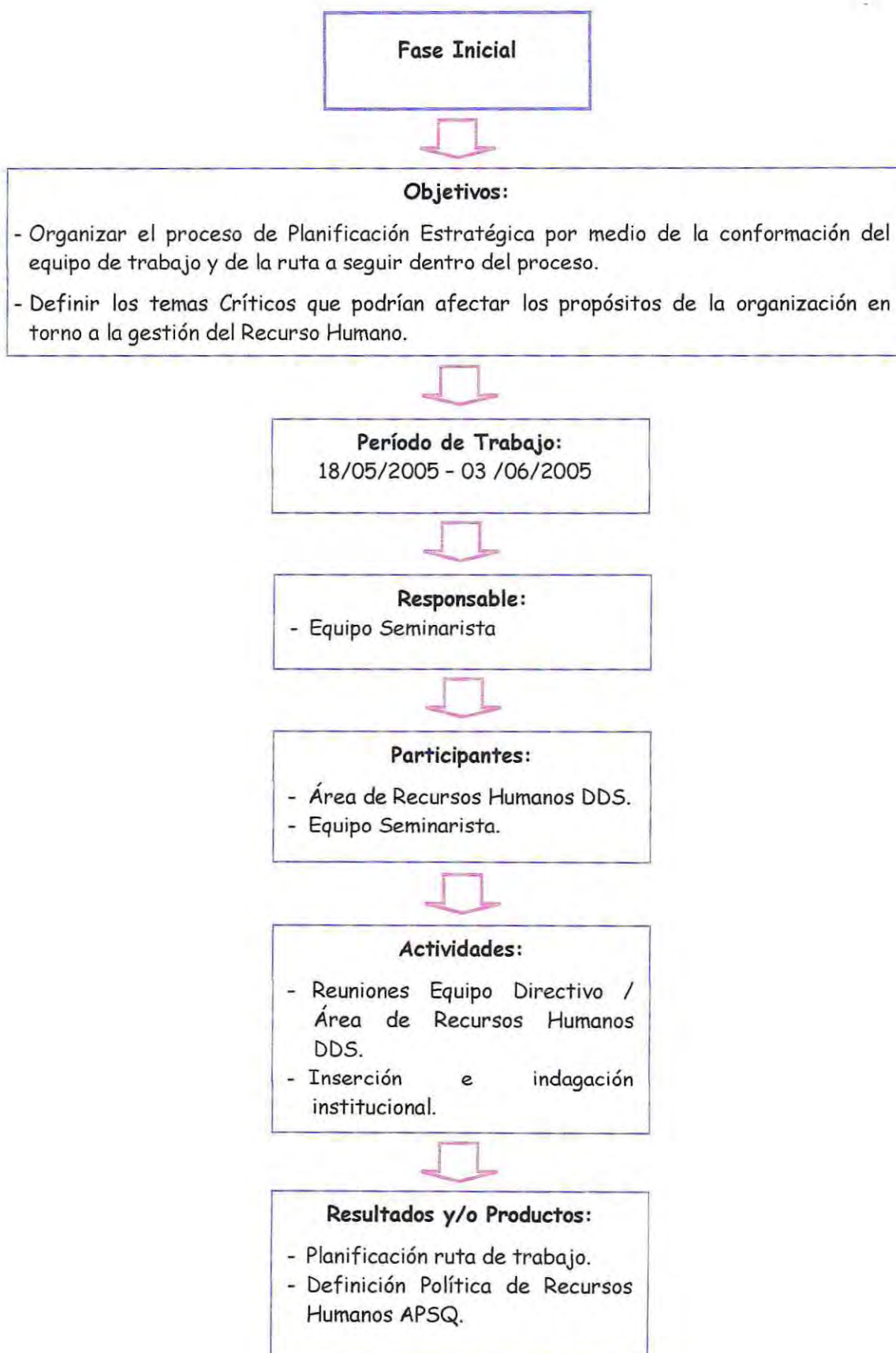
El proceso de aplicación de la metodología de Planeación Estratégica se concreta por medio de la realización de un número importante de actividades divididas por etapas y aplicadas según la realidad de la organización.

Dentro de las etapas de aplicación de la metodología de Planificación Estratégica cuentan: Fase Inicial, Fase de Análisis, Fase de Elaboración de Objetivos, Fase de Proyectos y por último la Fase de Implementación del Plan. De las anteriores, y para lograr la configuración del Plan Estratégico de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota, se aplican las primeras cuatro fases, dado que aquella que finaliza el proceso y que concreta los planteamientos de dicho plan denominada Fase de Implementación le corresponde ser aplicada en una etapa posterior por la dirección del DDS a través de su Área de Recursos Humanos.

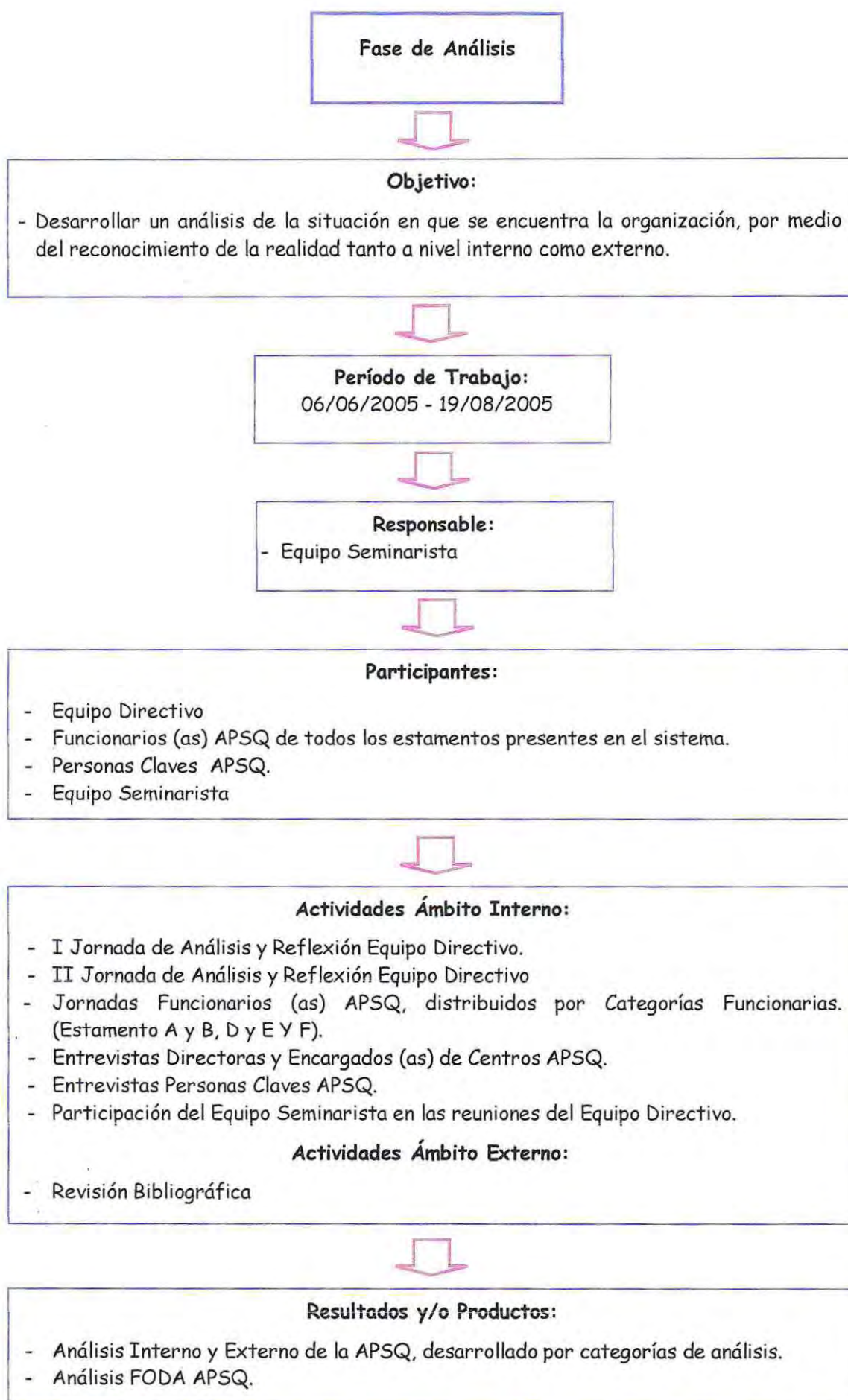
En base a lo anterior, a continuación se detalla la "Ruta de Trabajo" utilizada por el Equipo Seminarista, que llevó por medio de la Planificación Estratégica a la configuración del Plan Estratégico de Recursos Humanos de la Atención Primaria de la Salud de la Comuna de Quillota.

- Ruta de Trabajo Configuración Plan Estratégico de Recursos Humanos APSQ

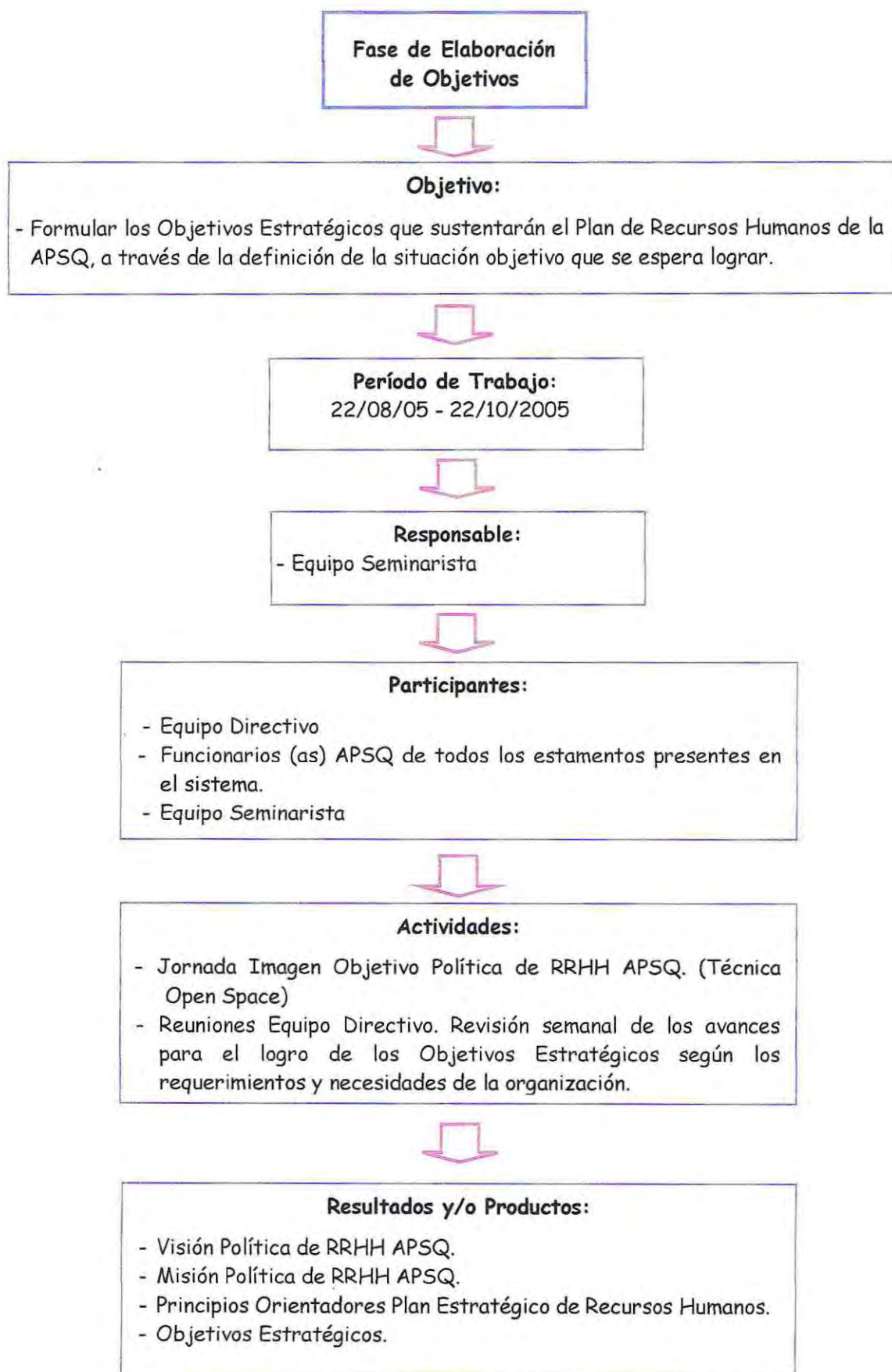
1. Fase Inicial



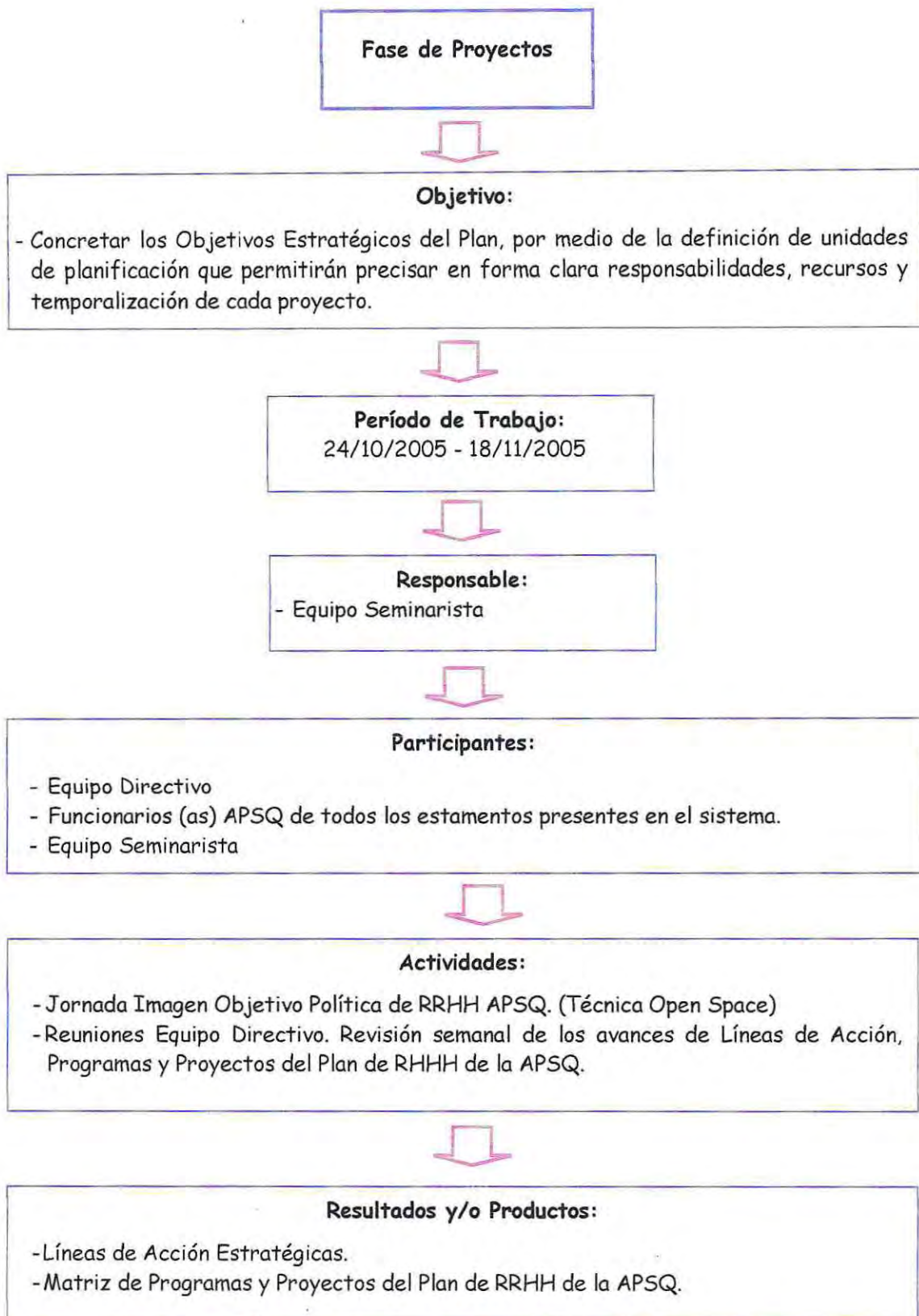
2. Fase de Análisis



3. Fase de Elaboración de Objetivos



4. Fase de Proyectos



Las fases de la Planificación Estratégica permiten desarrollar un trabajo continuo para el logro de la concreción del Plan. El proceso se muestra como un esquema ordenado de avance por etapas, debiendo resolver una etapa para poder contar con las herramientas necesarias para pasar a la siguiente, sin embargo el carácter ordenado de la metodología no hace de este un proceso rígido, por el contrario permite una evaluación permanente de los avances y permite al equipo ejecutor la continua retroalimentación desde el entorno inmediato, asegurando un producto acorde a los requerimientos y necesidades más sentidas de la organización.

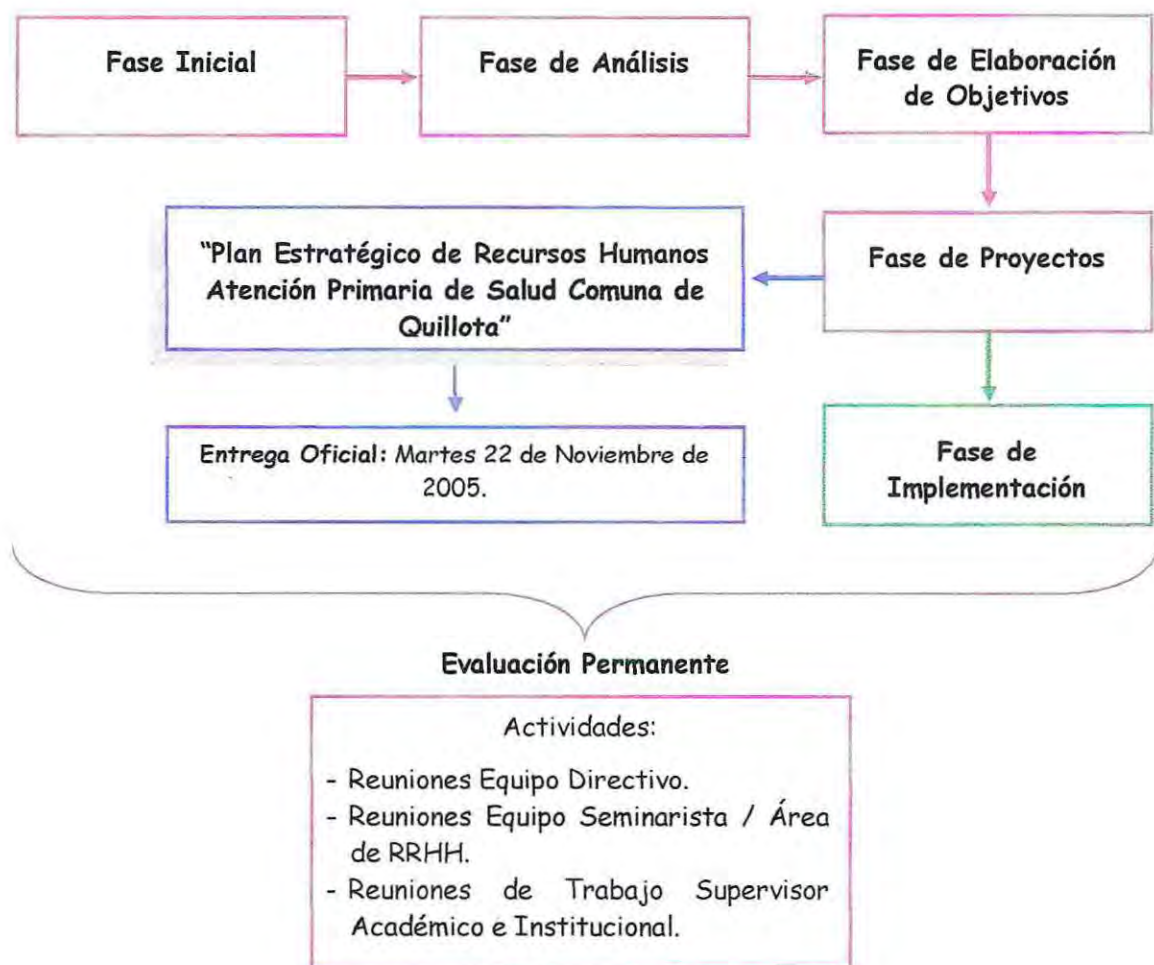


Figura 32: Esquema de Aplicación Metodología de Planificación Estratégica.

Capítulo IV

Registro del Proceso

REGISTRO DEL PROCESO

▪ INTRODUCCIÓN

En nuestro país, la Planificación Estratégica es una herramienta utilizada en un gran número de organizaciones, debido a los resultados altamente positivos que se obtienen de su aplicación y por ser un proceso que obliga a la revisión permanente de los principios, objetivos y recursos de la institución.

Tal como se ha mencionado, la comuna de Quillota, ha venido desarrollando un camino de innovación en los distintos ámbitos de la Gestión Municipal. Esta característica ha hecho de Quillota una comuna vanguardista y con una visión de futuro que le permite enfrentar de mejor manera los cambios y desarrollar nuevas estrategias de desarrollo.

Frente a esto, la aplicación de un Modelo de Planificación Estratégica a la Gestión del Área de Recursos Humanos, con el objetivo de configurar una política de Recursos Humanos para la APSQ, representa una oportunidad de mejorar las condiciones laborales de sus trabajadores (as) en función del logro de los objetivos organizacionales, repercutiendo favorablemente en las necesidades de la población relacionadas con el ámbito de la salud y con su calidad de vida en general.

La aplicación de este modelo permitirá, entre otras cosas, lograr objetivos de mayor impacto y duraderos en el tiempo, pues en el planteamiento de los objetivos no sólo se consideran los problemas existentes en un momento determinado, sino también los contextos internos y externos en los que se diseñen los planes y programas para llegar a la "situación deseada" para los miembros del sistema.

Así también, la visión holística que posee la Planificación Estratégica, resulta fundamental al momento de priorizar respecto de recursos y actividades para responder a las problemáticas y/o intereses de la organización en relación al desarrollo de su Recurso Humano. La eficacia, eficiencia, equidad, y sostenibilidad,

como ejes de la Planificación Estratégica, facilitan el aprovechamiento de los recursos existentes (siempre insuficientes), potenciando el trabajo en equipo, la interacción de los diversos componentes de la vida institucional y el compromiso y participación activa de todos los (as) trabajadores (as) en el cumplimiento de los objetivos de la APSQ y de su Área de Recursos Humanos.

Se pretende que este Plan Estratégico se convierta en un instrumento de trabajo permanente en la Gestión del Recurso Humano, pues la constante evaluación y seguimiento que el modelo estratégico plantea, ofrece la posibilidad de identificar a tiempo, cambios o modificaciones que deban ser introducidos en los programas, proyectos y actividades, logrando así el desarrollo de un plan flexible, capaz de adaptarse a la realidad dinámica de la organización y los requerimientos de la misma en relación a sus trabajadores (as).

Finalmente, al poner en práctica las diversas ventajas que ofrece un Modelo de Planificación Estratégica, aplicado a la Gestión de su Recurso Humano, se da un paso importante hacia el logro de la misión que es hacer de Quillota una Comuna Saludable.

1. FASE INICIAL O DE ORGANIZACIÓN

▪ ACTIVIDADES:

Siguiendo la lógica de la Planificación Estratégica, durante la etapa inicial de trabajo, el Equipo Seminarista desarrolló una serie de actividades tendientes a ordenar, clarificar y organizar el trabajo futuro.

Así también se establecieron los temas críticos que se desarrollarían durante el proceso, facilitando la comprensión de lo que se esperaba por parte de la Planificación Estratégica como guía del trabajo a realizar.

Fecha	Actividad	Observaciones
16/05/05	Reunión Supervisor Institucional / Equipo Seminarista	Se da a conocer el interés institucional por generar una Política de Recursos Humanos para la APSQ. Lo anterior surge como una necesidad sentida tanto desde el nivel directivo como desde el nivel funcionario. Se plantea por parte de la dirección de la institución, la incorporación del Equipo Seminarista en las tareas de configuración de la Política de RRHH junto a la encargada del área Sra. Claudia Maturana Donoso.
18/05/05	Reunión de Trabajo Encargada Área RRHH DDS / Supervisor Institucional / Equipo Seminarista	Se presenta el escenario general en el que se desarrollará la experiencia, se acuerda que será un trabajo conjunto entre el área de RRHH del DDS y el Equipo Seminarista, contando con el apoyo metodológico del Sr. Víctor Neira Contreras y de la Escuela de Trabajo Social de la UV. Por otra parte se contará con la participación activa del Equipo Directivo y de los (as) trabajadores (as) del sistema, por ser un proceso que debe nacer desde la organización.

Fecha	Actividad	Observaciones
20/05/05	Reunión de Trabajo Encargada Área RRHH / Supervisor Institucional / Supervisora Académica / Equipo Seminarista	Se detallan las temáticas a tratar y la ruta de trabajo para el logro del Plan estratégico de Recursos Humanos para la APSQ, integrando los diversos aspectos y requerimientos tanto institucionales como académicos.
24/05/05	Reunión Equipo Directivo	Las Alumnas Seminaristas se integran a la dinámica de la organización, asistiendo a las reuniones semanales del Equipo Directivo. En esta primera reunión se presenta formalmente al Equipo Seminarista al grupo y la propuesta del trabajo a realizar. Se acuerda que las alumnas participarán de todas las reuniones del Equipo Directivo destinando un espacio para el desarrollo del trabajo de configuración del Plan. Lo anterior favorece el conocimiento de la dinámica y situación organizacional en que se encuentra la APSQ.
31/05/05	Reunión Equipo Directivo	El Equipo Seminarista presenta a los Directivos la propuesta Metodológica para el desarrollo del Plan y la matriz programática que contiene las actividades que conformarán el análisis integrado de la situación de la organización, incorporando elementos internos y externos que afectan e influyen en la APSQ. Lo anterior constituye la primera etapa y una herramienta indispensable para sentar las bases en la configuración de la Política de RRHH.

El desarrollo de las actividades anteriores permitió al Equipo Seminarista el incorporarse en la dinámica institucional, facilitando el trabajo futuro. Así también, la participación semanal en las reuniones directivas, favoreció la integración de las

alumnas y el compromiso de los diversos directivos respecto del producto que arrojará esta experiencia, así como también el respaldo al Equipo encargado de la configuración del Plan durante el desarrollo del proceso.

Por otra parte, esta fase fue utilizada por el Equipo Seminarista para indagar respecto de los referentes teóricos que respaldarían el proceso. Esta actividad se fue desarrollando en forma paralela al trabajo con los directivos.

2. FASE DE ANÁLISIS

▪ ACTIVIDADES DE DESARROLLO EN EL ÁMBITO INTERNO:

ACTIVIDADES	PARTICIPANTES
<p>1. Jornadas de Análisis y Reflexión Equipo Directivo Departamento de Salud.</p>	<p>▪ Equipo Directivo DDS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Director DDS. - Directivos Centros de Salud e instituciones dependientes del DDS. - Encargados de Personal Centros de Salud Urbanos. - Encargados (as) áreas DDS. (Gestión Clínica, Gestión de Admisión, Presupuesto y Finanzas y Recursos Humanos).
<p>2. Entrevistas Semi - Estructuradas Directoras y Encargados (as) Centros dependientes DDS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sra. Waleska Real Irribarra. Directora C. Salud Dr. Miguel Concha. - Sra. Zahira Gálvez Ocaranza. Directora C. Salud Raúl Silva Henríquez. - Sra. Mónica Quiroga Fernández. Directora C. Salud San Pedro. - Sra. Pamela Espinoza Vásquez. Directora C. Salud La Palma. - Sra. Paola Anabalón Videla. Directora C. Salud Boco. - Sra. Sandra Varas Castillo. Encargada Centro Promoción Salud y la Cultura. - Sr. Víctor Neira Contreras. Encargado Plataforma de Gestión Familiar.
<p>3. Jornadas de Análisis y Reflexión Funcionarios (as) APSQ. Distribuidos por categorías Funcionarias.</p>	<p>▪ Funcionarios (as) Atención Primaria de Salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Categorías A y B (Profesionales). - Categorías D (Técnicos en Salud). - Categorías E y F (Administrativos y Auxiliares de Servicio).
<p>4. Entrevistas Semi - Estructuradas personas claves APSQ.</p>	<p>▪ Personas Claves en el tema de RRHH del DDS.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sr. Víctor Alvarado Miric. Director DDS. - Sra. Viviana Arancibia Cantillana. Encargada área de admisión DDS. (Ex- encargada administración de Personal). - Sra. Claudia Maturana. Encargada Área de Recursos Humanos. DDS. - Sr. Pedro Lira. Encargado Área de Gestión Clínica. DDS. - Sra. Tatiana Montenegro Astudillo. Presidenta Asociación de Funcionarios (as) Atención Primaria de Salud Comuna de Quillota.

▪ ACTIVIDADES DE DESARROLLO EN EL ÁMBITO EXTERNO:

ACTIVIDADES	RESPONSABLES
1. Revisión y análisis bibliográfico, Reestructuración y modernización de la gestión en la Atención Primaria de Salud en Chile.	Equipo Seminarista
2. Revisión y análisis de documentos acerca del proceso de modernización del Estado y de la incorporación de tecnologías de la información y las comunicaciones (TICs)	Equipo Seminarista
3. Análisis del contexto local en relación a las características de los (as) usuarios (as) del sistema.	Equipo Seminarista

▪ ANÁLISIS DEL PROCESO POR ACTIVIDADES

- ACTIVIDAD 1: ENTREVISTAS SEMI - ESTRUCTURADAS DIRECTORAS Y ENCARGADOS (AS) CENTROS DEPENDIENTES DDS.

▪ Fecha	▪ Entrevista	▪ Observación
06/07/05	Sr. Víctor Neira Contreras. Encargado Plataforma de Gestión Familiar.	Entrevista realizada en Plataforma de Gestión Familiar, por la Alumna Seminarista Srta. Elizabeth Dedes.
07/07/05	Sra. Mónica Quiroga Fernández. Directora Centro de Salud San Pedro.	Entrevista realizada en Centro de Salud San Pedro, por la Alumna Seminarista Srta. Patricia Romero.
07/07/05	Sra. Pamela Espinoza Vásquez. Directora Centro de Salud La Palma.	Entrevista realizada en Centro de Salud La Palma, por la Alumna Seminarista Srta. Elizabeth Dedes.
08/07/05	Sra. Zahira Gálvez Ocaranza. Directora Centro de Salud Raúl Silva Henríquez.	Entrevista realizada en Centro de Salud Cardenal R. Silva Henríquez, por la Alumna Seminarista Srta. Patricia Romero.
08/07/05	Sra. Paola Anabalón Videla. Directora Centro de Salud Boco.	Entrevista realizada en Centro de Salud Boco, por la Alumna Seminarista Srta. Patricia Romero.
08/07/05	Sra. Sandra Varas Castillo. Encargada Centro de Promoción de la Salud y la Cultura.	Entrevista realizada en Centro de Promoción de la Salud y la Cultura, por la Alumna Seminarista Srta. Elizabeth Dedes.
11/07/05	Sra. Waleska Real Iribarra. Directora Centro de Salud Doctor Miguel Concha.	Entrevista realizada en Centro de Salud Dr. Miguel Concha, por la Alumna Seminarista Srta. Elizabeth Dedes.

- ACTIVIDAD 2: ENTREVISTAS SEMI - ESTRUCTURADAS PERSONAS CLAVES EN TEMA DE RECURSOS HUMANOS

Fecha	Entrevista	Observación
28/07/05	Sr. Víctor Alvarado Miric. Director DDS.	Entrevista realizada en Departamento de Salud, por la Alumna Seminarista Srta. Elizabeth Dedes.
11/07/05	Sra. Viviana Arancibia Cantillana. Encargada Área de admisión DDS. (Ex-encargada administración de Personal).	Entrevista realizada en Departamento de Salud, por la Alumna Seminarista Srta. Patricia Romero.
11/07/05	Sra. Claudia Maturana. Encargada Área Recursos Humanos DDS	Entrevista realizada en Departamento de Salud, por la Alumna Seminarista Srta. Elizabeth Dedes.
29/07/05	Sr. Pedro Lira. Encargado Área de Gestión Clínica. DDS.	Entrevista realizada en Departamento de Salud, por la Alumna Seminarista Srta. Patricia Romero.
11/07/05	Sra. Tatiana Montenegro Astudillo. Presidenta Asociación de Funcionarios (as) APSQ	Entrevista realizada en Plataforma de Gestión Familiar, por la Alumna Seminarista Srta. Patricia Romero.

- ANÁLISIS INTEGRADO PROCESO DE ENTREVISTAS:

EJE CONTEXTUAL:

Desde el punto de vista contextual, las diversas entrevistas realizadas a los Directivos (as) de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota, permitieron al Equipo Seminarista dar cuenta de la historia y evolución particular del sistema y de la situación actual que enfrenta. Así también, facilitó la visualización de la opinión de los directivos (as) respecto de la reestructuración del DDS y del impacto que este cambio representa para cada uno de ellos.

EJE REFERENCIAL:

Desde el punto de vista referencial, las diversas entrevistas realizadas permitieron al Equipo Seminarista, dar cuenta de las implicancias y expectativas

que la configuración y posterior aplicación de la Política de Recursos Humanos genera en los directivos del sistema.

Esta actividad, plantea, de forma incipiente, las primeras directrices de líneas estratégicas que guiarán la configuración de la política, al recoger, desde la mirada de los directivos, las temáticas que dicha política debiese recoger para dar respuesta a los reales requerimientos de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota.

EJE METODOLÓGICO:

El ejercicio de entrevistar a los diversos directivos del sistema, permite al Equipo Seminarista identificar los elementos internos y externos que ellos perciben como fundamentales en el desarrollo de la organización y que influyen positiva o negativamente en la próxima configuración de la Política de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud.

- ACTIVIDAD 3: JORNADA ANÁLISIS Y REFLEXIÓN EQUIPO DIRECTIVO DDS

1. Antecedentes Generales:

- Fecha: 14 de Julio 2005
- Lugar: Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), Condell # 563, Quillota
- Hora Planificada: 8:30 - 14:00 hrs.
- Hora Real: 9:00 - 14:30 hrs.
- Asistentes: Equipo Directivo Departamento de Salud.

2. *Objetivo Actividad:*

- "Identificar y analizar los componentes externos e internos de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota, a fin de establecer la situación en que se encuentra la organización"



Fotografía 1:

I Jornada Equipo Directivo

Martes 14 de Julio de 2005.

3. Descripción de la Actividad:

Hora	Momento	Descripción
9:00 - 9:10	Bienvenida	Palabras de bienvenida del Sr. Víctor Alvarado Miric, Director DDS. Estas se orientaron principalmente a recalcar la necesidad de que el Equipo Directivo en conjunto, pudiese realizar un ejercicio de abstracción, de modo de tener una visión futura en la configuración de la Política de Recursos Humanos, cambiando la perspectiva cotidiana de cada centro, por una mirada más sistémica.
9:10 - 9:20	Presentación Jornada	Claudia Maturana Donoso, Encargada del Área de RRHH, presenta el objetivo general de la jornada a los asistentes, instándolos a participar en el proceso de configuración de la Política de RRHH. Posteriormente el Equipo Seminarista toma la dirección de la jornada, dando inicio a la primera actividad.
9:20 - 11:15	Actividad N° 1. "Revisión Etapas de la Atención Primaria de Salud Comuna de Quillota"	<p>La actividad se inició con una presentación sobre la historia de la APS en la comuna de Quillota, a cargo de la Srta. Patricia Romero Díaz, Alumna Seminarista. En esta presentación se revisaron las principales etapas históricas por las que ha transitado la APS de la comuna, junto a algunos de los hechos más importantes que caracterizaron cada etapa, incluyendo la etapa de reestructuración del DDS, vivida a comienzos del 2005.</p> <p>Posterior a la presentación, los asistentes se dividieron en 2 grupos de discusión, en los cuales se analizaron los siguientes temas, a lo largo de las diversas etapas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Características del RRHH - Dotación de Personal - Estabilidad Laboral - Capacitación - Sistemas Informáticos <p>Durante el trabajo de los grupos se visualizaron otros temas de interés, como la perspectiva de género y su influencia en el clima laboral.</p>
11:15 - 11:30	Café	-----

Hora	Momento	Descripción
11:30 - 11:50	Plenario Actividad N° 1	La actividad de revisión de las etapas de la APSQ, finalizó con un plenario del trabajo realizado por los grupos de discusión. Este foro fue moderado por Claudia Maturana Donoso, Encargada del Área de RRHH y permitió complementar y debatir los planteamientos de cada grupo de trabajo.
11:50 - 13:40	Actividad N° 2. Realización Técnica FODA "Escenario Interno y Externo de la APS de la comuna de Quillota"	Esta actividad se inició con una presentación a cargo de la Srta. Elizabeth Dedes Aedo, Alumna Seminarista, orientada a plantear los diversos factores internos y externos que pudiesen afectar positiva o negativamente al sistema. Luego de la presentación, los asistentes formaron nuevamente los grupos de discusión de la primera actividad, para desarrollar la técnica FODA en relación con la APS de la comuna de Quillota, a modo de configurar el escenario interno y externo en que se encuentra la organización. La discusión de los grupos se basó principalmente en los siguientes temas:
11:50 - 13:40	Actividad N° 2. Realización Técnica FODA "Escenario Interno y Externo de la APS de la comuna de Quillota"	<ul style="list-style-type: none"> ■ Fortalezas - Debilidades relacionadas con: <ul style="list-style-type: none"> - Potencial del Recurso Humano - Calidad del Servicio - Capacidad de Respuesta - Recursos Financieros - Tecnología ■ Oportunidades - Amenazas frente a: <ul style="list-style-type: none"> - Usuarios (as) - Nuevas Tecnologías - Sistema Privado - Nuevas exigencias en Salud

Hora	Momento	Descripción
13:40 - 14:00	Plenario Actividad N° 2	Esta segunda actividad finalizó con un plenario respecto del trabajo realizado por los grupos en torno al análisis FLOA de la APS de la comuna. Al igual que en la primera actividad, el plenario sirvió para contrastar los planteamientos de los grupos y complementar ideas.
14:00 - 14:15	Conclusiones Finales Jornada	Este momento fue de gran riqueza para la jornada, entre los planteamientos más importantes se estableció la paradoja de que el sistema de APS de la comuna mantenía la misma actitud que algunos de sus usuarios (as), los que al recibir el diagnóstico de su situación, no tienen inconveniente en tomar los medicamentos indicados, pero no existe una conciencia real de que la clave está en el cambio de los estilos de vida.
14:15 - 14:20	Despedida y Agradecimientos	Claudia Maturana Donoso agradeció en nombre del DDS, a los asistentes a la jornada, por su disposición y colaboración. Aprovechó la instancia para extender la invitación a la II Jornada de Reflexión y Análisis del Equipo Directivo, el día 28 de julio a las 8:30 horas, en dependencias del Instituto de Seguridad del Trabajo. Por su parte, el Equipo Seminarista agradeció la presencia de todo el Equipo Directivo y el respaldo del DDS en el desarrollo de la jornada.
14:20 - 14:30	Término Jornada	Retiro de los asistentes.

4. Análisis de la Jornada

⇒ MOMENTO N° 1: "Revisión etapas de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota"

EJE CONTEXTUAL:

La presente actividad representó un espacio de reflexión que, a juicio de los asistentes, hacía mucho tiempo no se generaba a nivel directivo en el sistema. Esta oportunidad permitió hacer una revisión de la evolución que ha ido experimentando la Atención Primaria a nivel local y cuales han sido los efectos de esta evolución para el momento actual que vive el sistema.

Así también, esta actividad permite realizar una síntesis de los principales aspectos vividos por el sistema en relación a las diversas etapas por las que ha transitado y que son la base de lo que la organización es en la actualidad.

EJE REFERENCIAL:

Los procesos vividos al interior del sistema dan cuenta del interés por mejorar continuamente los servicios prestados a los (as) usuarios (as), esta situación se condice con el objetivo Ministerial de consolidar la Atención Primaria como el eje más importante del Sistema Público de Salud, por ser la puerta de entrada de la población a la Atención Pública y la encargada de determinar las derivaciones correspondientes en los casos de mayor complejidad.

EJE METODOLÓGICO

Esta actividad permitió identificar los procesos internos y externos que han influido históricamente en el desarrollo de la Atención Primaria Local, de forma de tenerlos en consideración al momento de configurar el Plan Estratégico de Recursos Humanos para el sistema.

⇒ MOMENTO Nº 2: "Realización Técnica FODA. Escenario Interno y Externo de la APS de la comuna de Quillota"

EJE CONTEXTUAL:

Esta actividad permitió a los participantes hacer un ejercicio crítico respecto de las fortalezas y debilidades que presenta el sistema, de modo de aunar esfuerzos para potenciar los puntos fuertes y minimizar o anular las debilidades.

Por otra parte, la actividad de análisis contribuyó a la identificación de los factores externos de la organización, que representan potenciales oportunidades o amenazas, de forma de plantear los mecanismos para aprovechar los puntos favorables y contrarrestar la concreción de las amenazas.

EJE REFERENCIAL:

El poder determinar cuáles son los factores que potencian o limitan el desarrollo de la organización, se constituye en un ejercicio de vital importancia, porque obliga a los directivos (as) a revisar de forma detallada los diversos factores provenientes de la Política Ministerial de Salud y el actual proceso de reforma que vive el sector. Así también, crea la posibilidad de determinar los pasos a seguir en el desarrollo organizacional, teniendo clara conciencia de cuáles son los elementos que pueden entorpecer el desarrollo y cuáles pueden ser favorables.

EJE METODOLÓGICO

Esta actividad permite establecer los factores internos de la organización que se constituyen en fortalezas o debilidades de la misma, así también, identificar los factores externos que pueden presentarse como oportunidades y/o amenazas para el sistema. Cabe destacar que este punto es fundamental dentro de la metodología de Planificación Estratégica.

- ACTIVIDAD 4: JORNADA ANÁLISIS Y REFLEXIÓN FUNCIONARIOS (AS)
APSQ.

▪ ADMINISTRATIVOS Y AUXILIARES DE SERVICIO (Estamentos E y F)

1. Antecedentes Generales

- Fecha: 25 de Julio 2005
- Lugar: Instituto de Seguridad del Trabajo (IST), Condell # 563, Quillota
- Hora Planificada: 16:00 - 20:00 hrs.
- Hora Real: 16:00 - 20:00 hrs.
- Asistentes: 14 Funcionarios (as) representantes de los Estamentos E y F.

2. Objetivo Actividad:

- "Identificar y analizar los componentes externos e internos de la APSQ, a fin de establecer la situación en que se encuentra la organización"

Fotografía 2: Jornada
Administrativos y Aux. de Servicio
APSQ. (Estamentos E y F)
Lunes 25 de Julio de 2005.



3. Descripción de la Actividad:

Hora	Momento	Descripción
16:00 - 16:10	Bienvenida Asistentes	Palabras de bienvenida de Sra. Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH del DDS, las que se orientaron a establecer la importancia de valorar los espacios de participación que se estaban generando en torno a la configuración de la Política de RRHH de la APSQ, recalcando a los presentes que como miembros de la organización es su deber y derecho aportar en este proceso.
16:10 - 16:20	Presentación Jornada	Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH, expuso el contexto en el que se desarrolla la configuración de la Política de RRHH, a continuación presentó el objetivo general de la Jornada a los asistentes. Inmediatamente presentó al Equipo Seminarista, el que luego de saludar a los participantes, dio inicio a la primera actividad.
16:20 - 17:45	Actividad N° 1. "Revisión Escenario Actual de la Atención Primaria de Salud comuna de Quillota"	La actividad se inició con una presentación sobre la situación actual de la APSQ, a cargo de la Srta. Patricia Romero Díaz, Alumna Seminarista. En esta presentación se revisó principalmente la etapa de reestructuración que actualmente experimenta el DDS y la forma como este proceso afecta a la organización en general. Posterior a la presentación, los asistentes se dividieron en 2 grupos de discusión, cuyo objetivo fue tratar los siguientes temas: <ul style="list-style-type: none"> - Nuevas exigencias que se presentan para la APSQ - Perfil de los (as) usuarios (as) del sistema - Informatización de las Tareas - Desempeño de los (as) funcionarios (as) - Principales aportes del sistema para el trabajo
17:45 - 18:00	Intermedio (café)	-----

Hora	Momento	Descripción
18:00 - 18:20	Plenario Actividad N° 1	La actividad de revisión del escenario actual de la APSQ, finalizó con un plenario del trabajo realizado por los grupos de discusión. Este foro fue moderado por Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH y permitió complementar y debatir los planteamientos de cada grupo de trabajo.
18:20 - 19:15	Actividad N° 2. "Condiciones Laborales y Problemáticas Funcionarios (as) APSQ"	<p>Esta actividad se inició con una presentación a cargo de la Srta. Elizabeth Dedes Aedo, Alumna Seminarista, destinada a orientar el trabajo grupal para analizar los diversos factores que influyen en las condiciones laborales de los (as) trabajadores (as) del sistema y a identificar las problemáticas que presentan los mismos.</p> <p>Las principales temáticas que se trabajaron esta actividad corresponden a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones Ambientales (espacio físico, higiene, seguridad, sistema informático) - Cultura Organizacional - Clima Laboral (relaciones interpersonales) - Estabilidad Laboral (condiciones contractuales, sistemas de capacitación y calificación, carrera funcionaria).
19:15 - 19:40	Plenario Actividad N° 2	La segunda actividad finalizó con un plenario respecto del trabajo realizado por los grupos en torno a las condiciones laborales y problemáticas de los (as) funcionarios (as) del sistema. Al igual que en la primera actividad, el plenario permitió contrastar los planteamientos de los grupos y complementar ideas.
19:40 - 20:00	Conclusiones Finales Jornada	Los aportes finales giraron en torno a la valoración de los (as) trabajadores (as) respecto de que su opinión fuese considerada en los proyectos del DDS, especialmente en relación al Área de RRHH que les afecta directamente. Se recalzó la necesidad de generar espacios de encuentro permanentes y de la participación de los (as) funcionarios (as) en el desarrollo de la organización.
20:00 - 20:10	Despedida y Agradecimientos	<p>Claudia Maturana Donoso dio los agradecimientos correspondientes en nombre del DDS, a los asistentes a la Jornada, por su disposición y colaboración. Aprovechó la instancia para informar que los (as) funcionarios (as) de los restantes estamentos participarían en Jornadas similares en días posteriores, a modo de obtener una visión general de la situación de los (as) funcionarios (as) del sistema.</p> <p>Por su parte, el Equipo Seminarista agradeció la presencia y activa participación de los (as) asistentes y el respaldo del DDS en el desarrollo de la jornada.</p>
20:10 - 20:15	Término Jornada	Retiro de los asistentes.

4. Análisis de la Jornada

⇒ MOMENTO Nº 1: "Revisión Escenario Actual de la Atención Primaria de Salud Comuna de Quillota"

EJE CONTEXTUAL

Los estamentos participantes en la jornada, principalmente los (as) funcionarios (as) administrativos (as), realizan un balance negativo respecto de las nuevas exigencias en salud y las herramientas que entrega el sistema para enfrentarlas de forma eficiente. Consideran que en aspectos operativos, la APSQ no está preparada para el cumplimiento de las garantías AUGE o las Metas Sanitarias, principalmente desde el punto de vista computacional y de manejo de información para el desempeño de sus funciones. Se presenta un descontento respecto de las acciones realizadas por el DDS para hacer informar y/o capacitar a los (as) funcionarios (as) sobre el funcionamiento de las políticas públicas de salud que afectan directamente a la Atención Primaria y su trabajo como miembros de la organización.

Respecto del perfil del usuario (a), existe una opinión mayoritariamente negativa sobre el trato que mantienen los (as) usuarios (as) con los (as) trabajadores (as) de los estamentos participantes; se observa un sentimiento de inferioridad en relación a los (as) usuarios (as), a quienes consideran sobreprotegidos por el sistema, situación que aprovechan las personas para hacer exigencias de forma agresiva e incluso grosera, hecho que manifiestan no suceder con los profesionales. Frente a esta situación, los participantes no reconocen el valor del proceso de empoderamiento que se busca con el Plan de Salud Local, hecho que provoca profundos quiebres entre directivos y funcionarios (as), pues el discurso de los primeros se enfoca a que la APSQ debe estar al servicio del desarrollo de sus usuarios (as) externos. Tampoco consideran la evolución de los usuarios (as) respecto del nivel educacional que les da mayores herramientas para controlar su situación de salud.

Sobre la informatización de las tareas, y por el tipo de trabajo que realizan principalmente los administrativos, existe una alta valoración de la existencia de respaldo tecnológico que ha hecho más expedito su trabajo, sin embargo, se plantea la necesidad imperiosa de reemplazar la mayoría del equipo computacional, pues el desgaste normal interfiere en el desempeño de sus funciones, dificultando el desarrollo de las actividades.

A juicio de los (as) funcionarios (as) participantes, históricamente ha existido un nivel de desempeño adecuado a los requerimientos institucionales, situación que se atribuye al compromiso sentido por los miembros en relación a la organización, más que por las herramientas que pueda aportar el sistema para el desarrollo de competencias laborales. Esta situación no favorece un ejercicio de autocritica frente al trabajo realizado, situación que merma el mejorar constantemente el desempeño funcionario, pues al considerar que el trabajo realizado es acorde a los requerimientos o que se realiza "lo humanamente posible", se minimiza la capacidad de análisis y búsqueda de perfeccionamiento del quehacer laboral.

EJE REFERENCIAL

Existe un evidente sentimiento de sobreexigencia laboral por la implementación del Plan AUGÉ, pues a pesar de que son sólo 6 patologías y/o prestaciones las que corresponde ejecutar a la APSQ de forma directa, la demanda y consultas de los usuarios ha crecido considerablemente, situación que los participantes de la jornada asocian principalmente a una campaña mediática errónea y poco clara de parte del Ministerio de Salud, donde la información entregada a la población crea expectativas que están fuera de las posibilidades de la atención primaria de salud.

EJE METODOLÓGICO

La jornada realizada permite recoger elementos significativos para la configuración del análisis de situación, desde la visión de los funcionarios

pertenecientes a los estamentos E y F, Administrativos y Auxiliares de Servicio. Este paso resulta fundamental para el Proceso de Planificación Estratégica, por la relevancia que posee el conocer los factores externos e internos que pueden influir en el logro de los objetivos propuestos.

⇒ MOMENTO Nº 2: " Condiciones Laborales y Problemáticas Funcionarios (as) APSQ"

EJE CONTEXTUAL

El principal análisis que se obtiene de la actividad, respecto de las condiciones físicas y ambientales es que los (as) funcionarios (as) reconocen que, en relación a la infraestructura, el sistema mantiene establecimientos de alta calidad, los que favorecen el desempeño de los diversos trabajadores. Sin embargo, esta situación es opacada por la deficiente calidad del aseo que se observa en los establecimientos urbanos, hecho que perjudica el ambiente en el que se desarrollan las diversas actividades y que provoca un alto número de reclamos por parte de los usuarios. Esta situación se puede explicar por el mayor número de personas que transitan diariamente por dichos establecimientos, junto a una infraestructura más grande, en comparación a los centros rurales, sin embargo, cabe plantear que los trabajadores responsables de la mantención del aseo también se ven afectados por la rotación y multiplicidad en sus funciones, lo que influye en su rendimiento.

Una observación respecto de la cultura organizacional, es que existe la percepción de que los (as) trabajadores (as) poseen un firme compromiso hacia la organización, situación que no es correspondida desde la organización hacia ellos (entendiéndose por organización, principalmente el nivel directivo), junto a la poca valoración que se tiene de los trabajadores y que se reflejaría en los resultados de los procesos de calificaciones. Así también, se puede plantear un punto ligado al clima laboral, y que dice relación con la creencia de cada funcionario (a) de que sólo él o en su establecimiento se trabaja y que para los demás esta carga es mucho menor.

Como se planteó con anterioridad, frente al clima laboral, se pudo observar que entre funcionarios de un mismo centro las relaciones son bastante positivas, sin embargo, no existe mayor interacción con los miembros entre establecimientos, situación que genera conflictos en las percepciones respecto de la carga laboral que mantienen dichos trabajadores.

EJE REFERENCIAL

Para el logro de los objetivos institucionales, resultan clave los factores asociados a las condiciones físicas, la cultura, el clima y la estabilidad laboral, pues de acuerdo a las teorías existentes al respecto, cada uno de los elementos anteriores influye en el grado de motivación que tengan los trabajadores (as) en el desempeño de sus funciones.

Desde el punto de vista de la cultura organizacional y el clima laboral, la situación que se presenta en la APSQ, de acuerdo a los

EJE METODOLÓGICO

La actividad realizada permite recoger aquellos elementos significativos para la configuración del análisis de situación, desde la mirada de los trabajadores (as) pertenecientes a los estamentos E y F, Administrativos y Auxiliares de Servicio. Cabe destacar, desde el punto de vista metodológico, la importancia de la participación de los diversos miembros de la organización, para dar cumplimiento a la característica de la Planificación Estratégica que incorpora el trabajo conjunto y la opinión de los diversos actores en la configuración de la política de recursos humanos.

- ACTIVIDAD 5: JORNADA ANÁLISIS Y REFLEXIÓN FUNCIONARIOS (AS) APSQ
- TÉCNICOS PARAMÉDICOS (Estamento D)

1. Antecedentes Generales

- Fecha: 26 de Julio 2005
- Lugar: Instituto de Seguridad del Trabajo, Condell # 563, Quillota
- Hora Planificada: 16:00 - 20:00 hrs.
- Hora Real: 16:20 - 21:30 hrs.
- Asistentes: 10 Funcionarios (as) representantes del Estamento D

2. Objetivo Actividad:

- "Identificar y analizar los componentes externos e internos de la APSQ, a fin de establecer la situación en que se encuentra la organización"

Fotografía 3: Jornada Técnicos
Paramédicos APSQ.
(Estamentos D)
Martes 26 de Julio de 2005.



3. Descripción de la Actividad:

Hora	Momento	Descripción
16:20 - 16:30	Bienvenida Asistentes	Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH del DDS, dio la bienvenida a los (as) asistentes, recalcando la necesidad de valorar los espacios de participación que se generarían en torno a la configuración de la Política de RRHH de la APSQ, instando a los presentes a ejercer su deber y derecho a aportar en este proceso, como miembros de la organización.
16:30 - 16:40	Presentación Jornada	Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH, dio a conocer el contexto en el que se desarrolla la configuración de la Política de RRHH, a continuación expuso el objetivo general de la jornada a los asistentes. Inmediatamente presentó al Equipo Seminarista, el que luego de saludar a los asistentes, dio inicio a la primera actividad.
16:40 - 18:10	Actividad N° 1. "Revisión Escenario Actual de la Atención Primaria de Salud comuna de Quillota"	<p>La actividad se inició con una presentación sobre la situación actual de la APSQ, a cargo de Patricia Romero Díaz, Alumna Seminarista. En esta presentación se revisó principalmente la etapa de reestructuración que actualmente experimenta el DDS y la forma como este proceso afecta a la organización en general.</p> <p>Posterior a la presentación, los asistentes se dividieron en 2 grupos de discusión, cuyo objetivo fue tratar los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuevas exigencias que se presentan para la APSQ - Perfil de los usuarios del sistema - Informatización de las Tareas - Desempeño de los funcionarios - Principales aportes del sistema para el trabajo <p>-----</p>
18:10 - 18:30	Intermedio (café)	
18:30 - 19:00	Plenario Actividad N° 1	La actividad de revisión del escenario actual de la APSQ, finalizó con un plenario del trabajo realizado por los grupos de discusión. Este foro fue moderado por Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH y permitió complementar y debatir los planteamientos de cada grupo de trabajo.

Hora	Momento	Descripción
19:00 - 20:10	Actividad Nº 2. "Condiciones Laborales y Problemáticas Funcionarios (as) APSQ"	<p>Esta actividad se inició con una presentación a cargo de Elizabeth Dedes Aedo, Alumna Seminarista, destinada a orientar el trabajo grupal a analizar los diversos factores que influyen en las condiciones laborales de los trabajadores (as) del sistema y a identificar las problemáticas que presentan los mismos.</p> <p>Las principales temáticas que se trabajaron esta actividad corresponden a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones Ambientales (espacio físico, higiene, seguridad, sistema informático) - Cultura Organizacional - Clima Laboral (relaciones interpersonales) - Estabilidad Laboral (condiciones contractuales, sistemas de capacitación y calificación, carrera funcionaria).
20:10 - 20:45	Plenario Actividad Nº 2	<p>La segunda actividad finalizó con un plenario respecto del trabajo realizado por los grupos en torno a las condiciones laborales y problemáticas de los funcionarios (as) del sistema. Al igual que en la primera actividad, el plenario permitió contrastar los planteamientos de los grupos y complementar ideas.</p>
20:45 - 21:15	Conclusiones Finales Jornada	<p>Al igual que en la jornada anterior, las conclusiones estuvieron orientadas al reconocimiento de los funcionarios (as) respecto de la oportunidad que se les dio de participar en el proceso de configuración de la Política de RRHH, situación que valoraron por ser una instancia concreta de desarrollo para los trabajadores (as) y que, a su juicio, contribuirá a mejorar sus condiciones laborales, beneficiándose ellos y la organización.</p>
21:15 - 21:20	Despedida y Agradecimientos	<p>Claudia Maturana Donoso dio los agradecimientos correspondientes en nombre del DDS, a los asistentes a la jornada, por su participación y colaboración. Aprovechó la instancia para informar que el día anterior se realizó una jornada similar con administrativos y auxiliares de servicio y que posteriormente se llevaría a cabo con representantes de los profesionales, de forma de poseer una visión general de la situación de los funcionarios (as) del sistema.</p> <p>Por su parte, el Equipo Seminarista agradeció la presencia y participación de los (as) asistentes y el respaldo del DDS en el desarrollo de la jornada.</p>
21:20 - 21:30	Término Jornada	<p>Retiro de los asistentes.</p>

4. Análisis De La Jornada

⇒ MOMENTO Nº 1: "Revisión Escenario Actual de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota"

EJE CONTEXTUAL

En relación a las nuevas exigencias que se presentan para la Atención Primaria de Salud, se observa que al igual que en la Jornada con los Estamentos E y F, la demanda más explícita deriva de la implementación del Plan AUGE, situación que los (as) funcionarios (as) paramédicos traducen en un aumento de trámites administrativos a realizar en la atención de los usuarios. Existe un sentimiento de exceso en la carga laboral que deben enfrentar los (as) trabajadores (as), situación que podría explicarse por el aumento de la población usuaria del sistema y la inscripción de gran cantidad de personas residentes en comunas aledañas a Quillota. Esta situación torna necesario el contar con funcionarios (as) polivalentes, principalmente en los ámbitos clínicos y administrativos de forma que puedan desarrollar diversas funciones que faciliten los procesos de la APSQ.

Frente al perfil de los (as) usuarios (as) del sistema, se plantea que éstos son exigentes y conocedores de sus derechos, policonsultantes y que el trato que brindan a los miembros del estamento participante no es el mismo que mantienen con los profesionales o directivos, evidenciándose una suerte de manipulación por parte de los (as) usuarios (as). Sin embargo, a diferencia de los (as) funcionarios (as) pertenecientes a los estamentos E y F, los (as) trabajadores (as) Paramédicos plantean abiertamente que esta situación es producto de que el plan de salud comunal se centra en la satisfacción usuaria, por lo que el perfil de la población que se atiende en el sistema ha ido evolucionando en la dirección esperada. Cabe destacar que este perfil no necesariamente obedece a una co - responsabilidad de los (as) usuarios (as) respecto de su situación de salud, hecho que se espera esté presente a corto plazo.

EJE REFERENCIAL

La puesta en marcha de la Reforma de Salud a nivel nacional, ha dejado de manifiesto la necesidad de contar con funcionarios (as) polivalentes, principalmente en los ámbitos clínicos y administrativos, de forma que puedan desarrollar diversas funciones que faciliten los procesos de la APSQ.

Esta situación, plantea la idea de que si bien los Técnicos Paramédicos son una parte importante de la dotación del sistema, la mayoría de ellos realiza actividades de carácter administrativo, más que labores propias a su formación, por lo que cabe formular la pregunta de si en el futuro, dentro del sistema se deberá dar prioridad a la contratación de personal administrativo en desmedro del funcionarios (as) Paramédicos, o si la formación de éstos últimos debiese orientarse hacia una visión administrativa más que biomédica.

EJE METODOLÓGICO

La Jornada realizada permite recoger, desde la visión de funcionarios (as) del Estamento D, perteneciente a Técnicos Paramédicos, diversos elementos internos y externos que permitirán desarrollar el análisis situacional de la organización.

Al igual que en la Jornada anterior, la participación de los asistentes facilita la recolección de las diversas opiniones que existen respecto de la situación que enfrenta el sistema en relación a los elementos externos que lo influyen y que pueden marcar el desarrollo de la APSQ.

⇒ MOMENTO N° 2: " Condiciones Laborales y Problemáticas Funcionarios (as) APSQ"

EJE CONTEXTUAL

Al igual que en la Jornada anterior, el principal análisis se desprende de las problemáticas originadas al interior del sistema por las deficiencias en la

mantención del aseo de los establecimientos urbanos. Sin embargo, en esta oportunidad, los miembros asistentes perciben un problema de voluntad de parte de los trabajadores encargados de esta función, quienes reciben calificaciones bastante negativas de parte de los restantes trabajadores (as).

Esta situación afecta el clima laboral entre funcionarios (as), pues la mayoría de los presentes considera que los Auxiliares de Servicio no desempeñan de forma adecuada sus obligaciones por no estar lo suficientemente comprometidos con el sistema, como sí afirman estar los (as) funcionarios (as) pertenecientes a la categoría que participó en esta jornada.

EJE REFERENCIAL

La visión que poseen los (as) funcionarios (as), respecto de las condiciones laborales en las que deben desempeñar sus funciones, denota claramente que este factor representa un punto fundamental en el rendimiento de los miembros de la organización y más allá de ser planteado desde el punto de vista teórico, es una situación sentida por los (as) trabajadores (as) quienes afirman, abiertamente, que las diversas problemáticas que se presentan en relación a los puntos tratados dentro de las condiciones laborales, tienen una gran influencia al momento de desempeñar sus funciones, pues la mayoría de ellos y principalmente la estabilidad laboral, son fuentes de estrés y ansiedad en los diversos funcionarios (as).

De manera específica se menciona que con el nuevo sistema de financiamiento de la atención primaria existe mayor posibilidad de reducir la dotación del sistema y en el caso de los Técnicos Paramédicos, éstos perciben una clara amenaza al requerirse mayor cantidad de personal administrativo para dar cumplimiento a los requerimientos ministeriales.

EJE METODOLÓGICO

La recolección de información desde el ámbito de los Técnicos Paramédicos, en relación a las condiciones laborales en que deben desempeñar sus funciones, es un factor clave para lograr establecer el análisis de situación de la APSQ, pues este estamento es el más numeroso dentro del sistema, por lo que su opinión representa a gran cantidad de funcionarios (as).

- ACTIVIDAD 6: JORNADA ANÁLISIS Y REFLEXIÓN FUNCIONARIOS (AS)
APSQ
- PROFESIONALES (Estamento A y B)

1. Antecedentes Generales

- Fecha: 27 de Julio 2005
- Lugar: Instituto de Seguridad del Trabajo, Condell # 563, Quillota
- Hora Planificada: 08:00 - 13:00 hrs.
- Hora Real: 08:10 - 13:00 hrs.
- Asistentes: 15 Funcionarios (as) representantes de los Estamentos A y B.

2. Objetivo Actividad:

- "Identificar y analizar los componentes externos e internos de la APSQ, a fin de establecer la situación en que se encuentra la organización"



Fotografía 4: Jornada
Profesionales
(Estamentos A y B)
Miércoles 27 de Julio de 2005.

3. Descripción de la actividad

Hora	Momento	Descripción
08:10 - 08:20	Bienvenida Asistentes	Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH del DDS, dio la bienvenida a los (as) asistentes, planteando que el trabajo a realizar se debe valorar como una instancia de participación para los (as) funcionarios (as) en el marco de la configuración de la Política de RRHH de la APSQ, instando a los presentes a aportar en este proceso como miembros de la organización.
08:20 -08:30	Presentación Jornada	Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH, puntualizó el contexto en el que se desarrolla la Configuración de la Política de RRHH, luego expuso el objetivo general de la Jornada a los asistentes. Inmediatamente presentó al Equipo Seminarista, el que luego de saludar a los asistentes, dio inicio a la primera actividad.
08:30 -09:50	Actividad N° 1. "Revisión Escenario Actual de la Atención Primaria de Salud comuna de Quillota"	<p>La actividad se inició con una presentación sobre la situación actual de la APSQ, a cargo de Patricia Romero Díaz, Alumna Seminarista. En esta presentación se revisó principalmente la etapa de reestructuración que actualmente experimenta el DDS y la forma como este proceso afecta a la organización en general.</p> <p>Posterior a la presentación, los asistentes se dividieron en 2 grupos de discusión, cuyo objetivo fue tratar los siguientes temas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nuevas exigencias que se presentan para la APSQ - Perfil de los usuarios del sistema - Informatización de las Tareas - Desempeño de los funcionarios - Principales aportes del sistema para el trabajo - Percepción general de las condiciones laborales <p>-----</p>
09:50 - 10:20	Intermedio (café)	

Hora	Momento	Descripción
10:20 - 10:50	Plenario Actividad N° 1	La actividad de revisión del escenario actual de la APSQ, finalizó con un plenario del trabajo realizado por los grupos de discusión. Este foro fue moderado por Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH y permitió complementar y debatir los planteamientos de cada grupo de trabajo.
10:50 - 12:00	Actividad N° 2. "Condiciones Laborales y Problemáticas Funcionarios (as) APSQ"	<p>Esta actividad se inició con una presentación a cargo de Elizabeth Dedes Aedo, Alumna Seminarista, destinada a orientar el trabajo grupal a analizar los diversos factores que influyen en las condiciones laborales de los trabajadores (as) del sistema y a identificar las problemáticas que presentan los mismos.</p> <p>Las principales temáticas que se trabajaron esta actividad corresponden a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Condiciones Ambientales (espacio físico, higiene, seguridad, sistema informático) - Cultura Organizacional - Clima Laboral (relaciones interpersonales) - Estabilidad Laboral (Condiciones Contractuales, Sistema de Capacitación y Calificación, Carrera Funcionaria).
12:00 - 12:25	Plenario Actividad N° 2	La segunda actividad finalizó con un plenario respecto del trabajo realizado por los grupos en torno a las condiciones laborales y problemáticas de los (as) funcionarios (as) del sistema. Al igual que en la primera actividad, el plenario permitió contrastar los planteamientos de los grupos y complementar ideas.
12:25 - 12:40	Conclusiones Finales Jornada	Nuevamente, al finalizar la jornada, los asistentes manifestaron la importancia que atribuyen a participar en el proceso de configuración de la Política de RRHH, pues consideran que es un avance importante para los (as) trabajadores (as) del sistema y valoraron los esfuerzos que se han orientado en este ámbito, pues es un indicador del interés del DDS por mejorar su gestión. Instaron al equipo seminarista a continuar con este trabajo, pues beneficiaría a todos los funcionarios de la APSQ.

Hora	Momento	Descripción
12:40 - 12:50	Despedida y Agradecimientos	<p>Claudia Maturana Donoso dio los agradecimientos correspondientes en nombre del DDS, a los asistentes a la jornada, colaboración y participación. Aprovechó la instancia para informar que en los días anteriores se realizaron jornadas similares con los (as) funcionarios (as) de los Estamentos D, E y F, a fin de manejar una visión global de las percepciones y opiniones de todos los trabajadores (as) de la APSQ.</p> <p>Por su parte, el Equipo Seminarista agradeció la presencia y participación de los (as) asistentes y el respaldo del DDS en el desarrollo de la jornada.</p>
12:50 - 13:00	Término Jornada	Retiro de los asistentes.

4. Análisis de la Jornada

⇒ MOMENTO N° 1: "Revisión Escenario Actual de la Atención Primaria de Salud comuna de Quillota"

Respecto a las nuevas exigencias que se presentan para la Atención Primaria de Salud, se observa que, al igual que en las jornadas anteriores, la demanda más tangible deriva de la del Plan AUGE, situación que los profesionales visualizan en que los tiempos de atención a los pacientes son disminuidos por la cantidad de documentos que se debe completar para los registros y estadísticas.

Frente al perfil de los (as) usuarios (as) del sistema, los profesionales plantean que estos son conocedores de sus derechos, situación en la que visualizan mayores niveles de educación en la población usuaria, de esta forma se muestran más preocupados e interesados por conocer su situación de salud. Al igual que los otros funcionarios (as) califican a los (as) usuarios (as) como policonsultantes y demandantes del sistema, pero diferencian en que el trato que reciben de parte de las personas que atienden es generalmente correcto y sin mayores problemas.

EJE REFERENCIAL

Dentro de los aspectos más importantes a juicio de los asistentes a la Jornada, será necesario contemplar en la planificación futura, las implicancias que tiene para el trabajo de los profesionales, las nuevas exigencias en salud derivadas de la política pública, como el cumplimiento de las garantías AUGE y las metas sanitarias, así como la evolución de los (as) usuarios (as) del sistema, considerando acciones orientadas principalmente a la información y capacitación. También es necesaria la incorporación de nuevas tecnologías y apoyo técnico para el desempeño adecuado de las funciones de los profesionales de la organización.

Respecto del ámbito interno, cabe destacar la importancia que atribuyen a los canales de comunicación formal, para el logro de los objetivos institucionales, pero que actualmente califican como deficientes.

EJE METODOLÓGICO

En relación a la Planificación Estratégica, la Jornada realizada permite recoger, desde la mirada de los (as) funcionarios (as) de los Estamentos profesionales, los principales elementos de la situación interna y externa que influyen en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota, a modo de lograr configurar el análisis situacional de la organización.

⇒ MOMENTO N° 2: "Condiciones Laborales y Problemáticas Funcionarios (as) APSQ"

EJE CONTEXTUAL

Durante esta actividad, nuevamente aparece la temática del deficiente sistema de mantención del aseo de los establecimientos. Sin embargo, en esta oportunidad surge un nuevo cuestionamiento sobre este tema y que dice relación con la imagen que se proyecta del sistema a los diversos usuarios (as) del mismo, pues siendo instituciones de salud es ilógico pensar que un tema tan relevante como la higiene del establecimiento sea la principal problemática a abordar y que de esta forma no se puede enseñar a los (as) usuarios (as) sobre limpieza e higiene, pues en las condiciones en que se encuentran los establecimientos urbanos, el sistema no tiene suficiente credibilidad para promover la higiene entre sus usuarios (as).

Respecto del respaldo computacional, los profesionales manifiestan que si bien ellos no tienen mayor contacto con el sistema, pues sus agendas vienen hechas por personal administrativo, de todas formas consideran que es un respaldo al quehacer institucional, pues facilita los procesos y ayuda a ordenar las actividades.

Otro punto que se destacó en esta actividad es la importancia que asignan los profesionales a las posibilidades de capacitación a las que pueden acceder los (as) trabajadores (as) del sistema, no sólo por ellos, pues reconocen que tienen mayores ventajas para acceder a capacitación de forma particular, sino que en relación a los funcionarios (as) de los otros estamentos, hacia quienes plantean que

la mayor parte de las veces, sólo pueden contar con la capacitación entregada por el sistema. La Carrera Funcionaria, si bien consideran importante de regular, no preocupa mayormente a los profesionales a diferencia de lo que ocurre con los estamentos restantes.

EJE REFERENCIAL

La presente actividad permitió realizar un ejercicio de análisis respecto de la percepción sobre las condiciones laborales en que deben desempeñar sus funciones los profesionales del sistema. De acuerdo a los principales planteamientos, las condiciones laborales influyen de forma categórica en el quehacer laboral, pues al no contar con los recursos necesarios o con el espacio adecuado para realizar las actividades, los grados de motivación tienden a disminuir, generando conflictos y minimizando las posibilidades de innovar o trabajar de manera proactiva.

EJE METODOLÓGICO

La presente actividad posibilita la recolección de información desde el punto de vista del estamento profesional del sistema, en relación las condiciones laborales en que deben desempeñar sus funciones. Esta situación garantiza el desarrollo del proceso de forma participativa, buscando la objetividad en el planteamiento de los diversos temas y la determinación de los puntos que favorecen o limitan el avance de la organización.

- ACTIVIDAD 7: II JORNADA ANÁLISIS Y REFLEXIÓN EQUIPO DIRECTIVO DDS

1. Antecedentes Generales:

- Fecha: 02 de agosto de 2005
- Lugar: Instituto de Seguridad del Trabajo, Condell # 563, Quillota
- Hora Planificada: 08:00 - 13:00 hrs.
- Hora Real: 08:10 - 14:00 hrs.
- Asistentes: Equipo Directivo DDS APSQ

2. Objetivo Actividad:

"Identificar y analizar los componentes externos e internos de la APSQ, a fin de establecer la situación en que se encuentra la organización"

Fotografía 5: II Jornada Equipo Directivo APSQ.

Martes 02 de Agosto de 2005.



3. Descripción de la Actividad:

Hora	Momento	Descripción
08:10 - 08:20	Bienvenida Asistentes	Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH del DDS, dio la bienvenida a los (as) asistentes, planteando que esta segunda Jornada debe apuntar a fortalecer el trabajo del Equipo Directivo en la Configuración de la Política de RRHH.
08:20 -08:30	Presentación Jornada	Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH, puntualizó el contexto en el que se desarrollaría esta segunda Jornada, destacando que los resultados que se obtengan serán primordiales para la consecución de los planes de la ASPSQ en relación a sus trabajadores.
08:30 -09:30	Actividad N° 1. "Revisión Preliminar Jornadas Análisis y Reflexión Funcionarios APS de Quillota"	Esta actividad se inició con una presentación sobre los principales resultados obtenidos en las jornadas de análisis y reflexión realizadas con los (as) funcionarios (as) del sistema, a cargo de Elizabeth Dedes, Alumna Seminarista. Se revisaron cada uno de los puntos trabajados en las diversas actividades.
09:30 - 10:15	Plenario Actividad N° 1	Una vez realizada la presentación, el Equipo Directivo planteó su percepción respecto de los resultados obtenidos en las jornadas con los funcionarios.
10:15 - 10:45	Café	-----
10:45 - 12:00	Actividad N° 2: "Indagación Institucional"	<p>Esta actividad se inició con el apoyo de una presentación en Power Point, a cargo de Patricia Romero, Alumna Seminarista, sobre los diversos factores que comprenden la indagación institucional en Planificación Estratégica.</p> <p>Entre estos puntos cuentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Elementos que Impulsan la Organización: Fuerzas Impulsoras o Prácticas Óptimas ✓ Proposiciones para el Futuro: Metas Estratégicas ✓ Declaración Visión / Misión <p>Una vez realizada la presentación, se dividió a los participantes en dos grupos, de forma de discutir grupalmente los puntos anteriores. Para esta actividad se contó con respaldo de una guía de trabajo explicativa de la actividad.</p>

Hora	Momento	Descripción
12:00 - 13:50	Plenario Actividad N° 2	Cada uno de los grupos expuso los resultados del trabajo realizado, de forma de complementar las ideas y poder discutir sobre los resultados de la indagación institucional. Cabe destacar que se realizó sólo la primera parte de esta actividad, dejando el desarrollo de la visión y misión para un trabajo posterior con el Equipo Directivo.
13:50 - 13:55	Despedida Asistentes	Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH, dio los agradecimientos al Equipo Directivo por su participación y colaboración en el desarrollo de la jornada. Instó a los directivos a trabajar en la configuración de la política a través de las Reuniones del Equipo Directivo, instancia que se utilizará para trabajar en conjunto sobre este proyecto.
13:55 - 14:00	Retiro de los Asistentes	Retiro de los asistentes.

4. Análisis de la jornada

⇒ MOMENTO N° 1: "Revisión preliminar Jornada de Análisis y Reflexión Funcionarios (as) APSQ"

EJE CONTEXTUAL

El poder revisar junto al Equipo Directivo, los resultados obtenidos en las jornadas con los (as) funcionarios (as) de los diversos estamentos, dio la posibilidad al Equipo Seminarista, de confrontar las opiniones respecto de las diversas actividades en relación a las percepciones de trabajadores (as) y directivos.

Si bien existen temáticas donde la percepción es similar, como explícitamente se plantea el tema del aseo en los centros de salud urbanos, existen otras temáticas donde las posiciones están bastante distanciadas, tal es el caso de Calificaciones, Carrera Funcionaria y Capacitaciones.

EJE REFERENCIAL

El poder aunar criterios entre directivos y funcionarios (as) respecto de las condiciones laborales en que desarrollan sus actividades los (as) trabajadores (as) de la APSQ, resulta clave para la priorización de los recursos que posee el sistema, pues si el grupo funcionario tiene una percepción particular de la situación y por su parte, los directivos tienen una visión distinta, las modificaciones o elementos que se prioricen no tendrán el valor suficiente para uno u otro lado. De esta forma no se valoran los esfuerzos realizados en relación a mejorar las condiciones de los (as) trabajadores (as) de la salud primaria local.

EJE METODOLOGICO

La confrontación de los planteamientos entre directivos y funcionarios (as), permite hacer un análisis integrado respecto de las condiciones laborales en que

desarrollan sus actividades los miembros de la APSQ, de forma que al momento de realizar el análisis estratégico, se tengan elementos de los diversos actores del sistema.

⇒ MOMENTO N° 2: "Indagación Institucional"

EJE CONTEXTUAL

La identificación de los aspectos positivos que posee la organización resulta fundamental para poder determinar aquellos componentes que la organización "hace bien", a modo de reforzar estos aspectos y poder hacer saber a los (as) trabajadores (as) aquellos elementos en los que su desempeño es fundamental para obtener buenos resultados.

Así también, el conocer cuáles son las fuerzas que impulsan en la organización, el cumplimiento de sus objetivos, en este caso, compromiso de los miembros, apertura a los cambios, liderazgos positivos, incluir líneas de trabajo novedosas y prioritarias para la comuna, entre los más importantes, favorece su reforzamiento y divulgación entre todos los miembros del sistema.

EJE REFERENCIAL

La Reforma Nacional de Salud busca empoderar a la Atención Primaria, de forma que su atención tenga un nivel de resolutivez que facilite la descongestión de los niveles de atención más complejos. En este sentido, cuando la APSQ busca incluir líneas de trabajo que no son contempladas en la reforma nacional, o pretende dar prioridad a la realidad local, por sobre la lógica ministerial está, precisamente, siguiendo el mandato ministerial de renovar y modernizar la gestión de forma de adecuar los servicios a la realidad de los (as) usuarios (as) que hacen uso del sistema.

EJE METODOLÓGICO

Esta actividad resulta clave para lograr conformar el análisis estratégico de la organización, pues en Planificación Estratégica más que abocarse a los problemas, lo importante es apoyarse en los aspectos positivos que favorecen el desarrollo de la organización, buscando su respaldo en los procesos que se emprenden y como mecanismo para reforzar la integración entre los miembros de la organización, pues siempre es provechoso poder dar a conocer las buenas prácticas y elementos que impulsan el cumplimiento de los objetivos, ya sea como modelo a seguir o como meta a alcanzar.

- DESARROLLO TÉCNICA FODA

De acuerdo a la metodología de Planificación Estratégica, una vez realizada la sistematización del Análisis de Situación de la APSQ, en base a la información recogida en las diversas actividades mencionadas, el paso final dentro de la fase de análisis corresponde al desarrollo de la técnica FODA, como herramienta de orden y evaluación de la información recopilada.

Para el desarrollo de esta técnica en la APSQ, el FODA se confecciona en base a los siguientes ámbitos:

FORTALEZAS - LIMITACIONES:

1. *Potencial Humano*
2. *Capacidad de Proceso (Sistema, Infraestructura, Equipamiento)*
3. *Productos y Servicios*
4. *Recursos Financieros*

OPORTUNIDADES - AMENAZAS

1. *Entorno Inmediato*
2. *Usuarios*
3. *Tecnología*
4. *Mundo Privado*

Una vez identificados los elementos correspondientes a cada uno de estos ámbitos, se procede al análisis integrado de la información, es decir, se desarrolla el ejercicio de evidenciar, de acuerdo a la información obtenida, los principales hallazgos que facilitarán el desarrollo de los procesos y aquellos elementos que podrían convertirse en obstáculos y que, por ende, deben ser conocidos y previstos por la organización.

3. FASE DE ELABORACIÓN DE OBJETIVOS Y CONFIGURACIÓN DEL PLAN ESTRATEGICO DE RECURSOS HUMANOS APSQ

- ACTIVIDAD 7: JORNADA CONFIGURACIÓN IMAGEN OBJETIVO POLITICA DE RECURSOS HUMANOS ATENCION PRIMARIA DE SALUD COMUNA DE QUILLOTA

1. Antecedentes Generales

- Fecha: 30 de septiembre de 2005
- Lugar: Centro Turístico "El Edén", Boco. Quillota
- Hora Planificada: 08:00 - 16:00 hrs.
- Hora Real: 08:45 - 17:00 hrs.
- Asistentes: 45 Funcionarios (as) representantes del Equipo Directivo del DDS y de los diversos Estamentos de la APSQ.

2. Objetivo Actividad:

- "Orientar la formulación de las Líneas Estratégicas que formarán parte de la Política de Recursos Humanos, a partir de la participación y reflexión de los miembros del sistema".



Fotografía 6: Jornada Imagen Objetivo. Trabajo Grupal
Viernes 30 de Septiembre de 2005.

Fotografía 7: Jornada Imagen Objetivo. Elaboración de Proyectos
Viernes 30 de Septiembre de 2005.



3. Descripción de la Actividad:

Hora	Momento	Descripción
08:45 - 09:00	Registro de funcionarios	Inscripción de los presentes en nómina de asistencia y entrega de credenciales de identificación a cada uno de los participantes de la jornada.
09:00 - 09:10	Bienvenida a asistentes	Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de RRHH, dio la bienvenida a los asistentes, agradeciendo su presencia y explicitando que la jornada forma parte del proceso de configuración de la Política de RRHH de la APSQ, al igual que las que se realizaron en meses anteriores. Invitó a los (as) funcionarios (as) a participar y aportar a conciencia en las diversas actividades que se realizarían. A continuación, presentó a María Antonieta Urquieta y Juan Saavedra, docentes de la Escuela de Trabajo Social que guiarían el trabajo y presentó, además, al Equipo Seminarista.
09:10 - 09:15	Reglas Open Space	Juan Saavedra, Docente de la Escuela de Trabajo Social, explicó a los presentes las 2 reglas primordiales para la realización de la jornada de Open Space. Estas son: Regla de las tres patas / Regla del abejorro
09:15 - 10:00	Actividad N° 1. "Presentación resultados Análisis de Situación de la APSQ"	<p>Con apoyo de una presentación en Power Point, el Equipo Seminarista dio a conocer los principales elementos del análisis de situación, tanto interna como externa de la APSQ, realizado en la etapa previa de diagnóstico. Dentro de las categorías de análisis se cuentan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Análisis Externo: <ul style="list-style-type: none"> - Cambios en el sistema de gestión en salud - Estado en Línea • Características del usuario (a) del sistema de Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota. <ul style="list-style-type: none"> • Análisis Interno: <ul style="list-style-type: none"> - Infraestructura y Equipamiento - Condiciones Laborales - Clima Laboral - Capital Humano y Procesos de Modernización de la Gestión de Atención Primaria en Salud - Adecuación de la Estructura Organizacional a los Nuevos Procesos de Gestión en Salud

Hora	Momento	Descripción
10:00 - 11:30	Actividad N° 2: "Visión Futuro APSQ y Área de RRHH"	Los diversos asistentes a la Jornada fueron divididos en 7 grupos de trabajo, a cada uno de los cuales se les pidió proyectar sus metas y sueños como organización y Área de RRHH para el año 2008 para, posteriormente, presentar los trabajos a los otros grupos participantes. Se instó a utilizar la imaginación para plasmar el trabajo utilizando técnicas originales y dinámicas, que demostraran claramente su contenido.
11:30 - 12:30	Presentación Trabajos Grupales	Una vez finalizado el tiempo destinado al trabajo grupal, se invitó a cada grupo a exponer sus planteamientos mediante la técnica escogida. El resultado fue bastante positivo, los participantes demostraron interés y entusiasmo en el trabajo y en las presentaciones se pudo apreciar papelógrafos, representaciones humorísticas, bailes y canciones en estilo rap, entre otros. (ver detalles del trabajo grupal en Libro de Reportes de la Jornada, anexo N° 1)
12:30 - 13:30	Elaboración de Proyectos Política de RRHH	Esta actividad se desarrolló individualmente. Consistió en que cada asistente que deseara participar, plantease un proyecto para la política de RRHH, de acuerdo a sus propios intereses para luego ser sometido a votación de todos los participantes.
13:30 - 14:30	Almuerzo	-----
14:30 - 15:15	Feria de Proyectos	La actividad anterior arrojó la elaboración de 19 proyectos de diversa índole: capacitación, integración, alfabetización digital, bienestar, entre otros. Cada uno de estos proyectos fue plasmado en papelógrafos que fueron expuestos alrededor de la sala para que cada asistente pudiese leerlos, revisarlos y agregar sus propias sugerencias en relación a lo planteado.
15:15 - 15:40	Revisión de Proyectos	Una vez concluida la actividad anterior, se dio tiempo a los participantes de revisar el resultado de los proyectos, escogiendo de acuerdo a sus intereses, los proyectos por los cuales votarían a continuación.
15:40 - 16:15	Votación de Proyectos	Para realizar la votación se entregó a cada participante 3 votos, los que debían asignar a los proyectos de su preferencia, distribuidos por número en una pizarra acondicionada para ello. Los votos podían ser entregados en su totalidad a 1 solo proyecto o, en 2 o 3 diferentes, de acuerdo a la prioridad del votante. El resultado de la votación dio como ganador al proyecto N° 4, con 20 votos. (Ver detalle de la votación en Libro de Reportes, anexo N° 1)

Hora	Momento	Descripción
16:15 - 16:30	Despedida asistentes	<p>María Antonieta Urquieta (Docente de la escuela de Trabajo social UV), agradeció a los participantes por su colaboración durante las actividades y al DDS por el respaldo y disposición para la realización de esta jornada. Se recalcó la importancia de la participación de los (as) trabajadores (as) en la configuración de la Política de RRHH, valorando el importante avance que constituye para la organización.</p> <p>Por su parte, Víctor Alvarado Miric, Director del DDS expresó su reconocimiento por la actitud de los trabajadores durante el desarrollo de la jornada y recalcó que la participación en el avance de la APSQ es una tarea a la cual todos sus miembros se deben sentir llamados a colaborar.</p>
16:30 - 16:45	Dinámica de Desvinculación	<p>Finalmente, se invitó a los asistentes a participar de la dinámica final, como cierre de la jornada. Esta dinámica consistió en que los asistentes formasen un círculo y siguieran los movimientos indicados por el guía, para luego, con el tema "Color Esperanza" de Diego Torres como fondo, se solicitó a las personas que fuesen cerrando el círculo, hasta más no poder, como símbolo de la unión que debe existir en la organización.</p>
16:45 - 16:55	Entrega Libro de Reportes Jornada	<p>Antes del retiro de los asistentes, se entregó a cada participante una copia del libro de reportes que da cuenta de las diversas actividades realizadas en la jornada y los resultados obtenidos en cada una de ellas.</p>
16:55 - 17:00	Retiro de los Asistentes	<p>-----</p>

- ANÁLISIS JORNADA

EJE CONTEXTUAL

La realización de esta actividad da cuenta de la visión futura que poseen los diversos trabajadores (as) en relación al Departamento de Salud, el Área de Recursos Humanos y la Política que guiará esta gestión.

Así también, con la participación de los asistentes en el planteamiento de los proyectos que, a su juicio, deben formar parte del Plan Estratégico, se propicia la validez y respaldo del producto de esta experiencia para las personas que deberán desarrollar sus funciones bajo el alero de dicha política.

Por otra parte, se mostró gran interés por contar con espacios de integración e interacción a nivel funcionario, dando muestras de que el clima laboral es un importante componente en el adecuado desarrollo de su quehacer laboral.

EJE REFERENCIAL

La realización de esta actividad da cuenta de los intereses que poseen los miembros de la organización en relación a poder cumplir de forma eficiente con los requerimientos derivados de la actual Reforma de Salud, hecho que se visualiza en el interés por generar proyectos relacionados con capacitación y manejo de tecnologías que les facilite el desarrollo de competencias laborales orientadas al adecuado cumplimiento de sus obligaciones.

Por otra parte, el interés en desarrollar espacios de reflexión y análisis en relación a las diversas temáticas que son prioritarias para el sistema, da cuenta del compromiso con el desarrollo organizacional, pues muestra la preocupación funcionaria por estar informados y actualizados en relación a los cambios y temas que debe enfrentar la institución.

EJE METODOLÓGICO

La realización de la jornada denominada "Imagen Objetivo de la Política de RRHH de la Atención Primaria de Salud Comuna de Quillota", bajo la metodología de la Técnica Open Space, representa un punto fundamental en la Configuración del Plan Estratégico de Recursos Humanos. Esta actividad contó con la participación activa de diversos miembros de la organización, representantes de los distintos estamentos y del Equipo Directivo de la APSQ. Esta técnica representa una herramienta característica de la Planificación Estratégica y buscó consensuar criterios para la definición de las Líneas Estratégicas, Programas y Proyectos que formarán parte de la Política de Recursos Humanos de la APSQ.

- REUNIONES PRESENTACION AVANCES PLAN ESTRATEGICO DE RECURSOS HUMANOS APSQ AL EQUIPO DIRECTIVO

Fecha	Objetivo	Observación
25/10/05	Definición de Visión y Misión que orientará la Política de Recursos Humanos.	Se discute la propuesta entregada por el equipo seminarista y se trabaja en algunos conceptos. Se compromete para próxima reunión, la presentación de Visión y Misión corregidas, junto a la propuesta de Principios Orientadores y Objetivos Estratégicos.
03/11/05	Aprobación de Visión y Misión y definición de Principios Orientadores y Objetivos Estratégicos	Se presenta la visión y misión corregidas, además de la propuesta de Principios Orientadores y Objetivos Estratégicos. El Equipo Directivo trabaja en la definición de los Objetivos y Principios Orientadores.
08/11/05	Aprobación de principios Orientadores y Objetivos Estratégicos. Presentación de Líneas Estratégicas, Programas y Proyectos.	Se presentan los Principios Orientadores y Objetivos Estratégicos corregidos. Se trabaja junto al equipo Directivo en la Matriz Estratégica
15/11/05	Aprobación de Matriz Estratégica	Se realizaron solo 2 sugerencias para la Matriz Estratégica, por lo que se fija fecha de 22 de noviembre para entrega del documento final de la política.
22/11/05	Entrega de Documento Final del Plan Estratégico de Recursos Humanos de la APSQ.	En reunión del Equipo Directivo se hace entrega oficial del Documento del Plan Estratégico.

Fotografía 8: Entrega oficial Plan Estratégico de Recursos Humanos APSQ.

Martes 22 de Noviembre de 2005.



Capítulo V

Análisis Estratégico

Capítulo V

Análisis Externo

ANÁLISIS EXTERNO ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
COMUNA DE QUILLOTA

A continuación se presenta el análisis de las tres categorías correspondientes al análisis externo de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota.

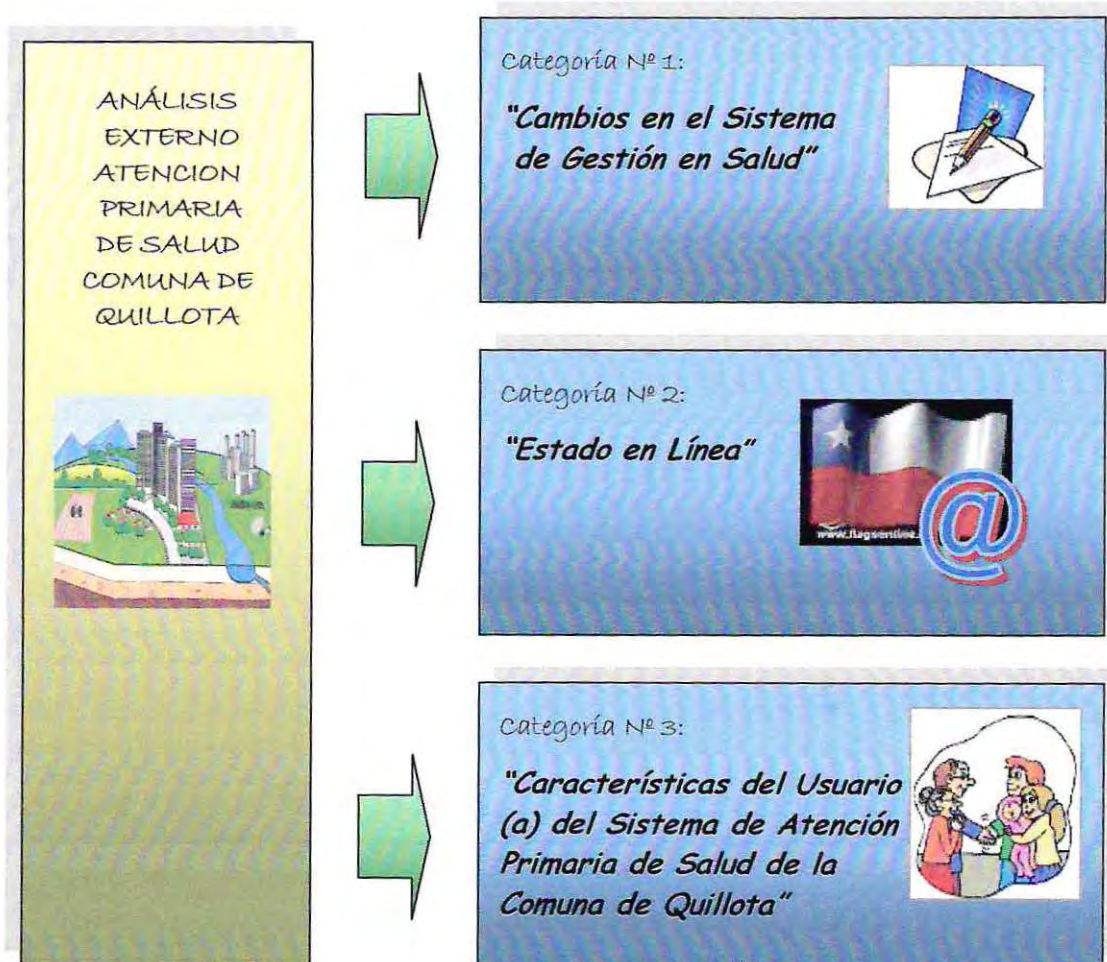


Figura 33: Categorías Análisis Externo Atención Primaria de Salud Comuna de Quillota.

▪ *Categoría N° 1: CAMBIOS EN EL SISTEMA DE GESTIÓN EN SALUD*

La Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota, como prestadora de servicios en el nivel primario de atención, se encuentra expuesta a los requerimientos propios de la Reforma Nacional de Salud, dentro de éstos requerimientos, el principal se desprende del Régimen de Garantías Explícitas en Salud (SIS GES - AUGE).

Actualmente, los centros de salud de la comuna tienen bajo su supervisión 6 de las 25 patologías incorporadas dentro de la canasta de prestaciones AUGE, cinco de ellas son atendidas en el Centro de Salud Dr. Miguel Concha, entre éstas cuentan Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Epilepsia no refractaria en niños entre 1 y 15 años, Infecciones Respiratorias Agudas (IRA) bajas, en niños hasta 5 años y Enfermedades Respiratorias del Adulto (ERA) en mayores de 65 años, por otra parte el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez, atiende una de ellas como es la Atención Oral (dental) en niños hasta 6 años.

Los requerimientos técnicos programáticos a los cuales se ve expuesto el sistema por las actuales exigencias del Ministerio de Salud, impactan directamente en lo financiero, dado que la entrega de los recursos se encuentra sujeta al cumplimiento de metas de los distintos programas que se desprenden de los requerimientos de la salud pública, lo anterior incide directamente en la calidad de vida de todos los (as) funcionarios (as) del sistema, en el sentido de que una baja en el cumplimiento de metas afecta directamente la remuneración del trabajador(a) por un periodo de tiempo.

Dentro del marco de la Garantías Explícitas en Salud, surge otro concepto como son los IAAPS (Índices de Actividad de la Atención Primaria de Salud), éstos constituyen también un requerimiento extra a la gestión de la APSQ, debido a que los IAAPS deben ser cumplidos por semestres móviles, mediante la modalidad de cumplir el porcentaje de logro exigido desde los organismos administradores de la salud del país, de modo de mantener los recursos per - cápitas con los cuales funciona el sistema.

Por otra parte el cumplimiento de metas sanitarias en relación principalmente a la aplicación de programas a la comunidad, genera una exigencia extra a la gestión en salud.

Otro de los nuevos requerimientos en salud, se relaciona con la incorporación de nuevas patologías a la canasta básica de prestaciones y con el aumento de la cobertura.

"... Obviamente estamos cumpliendo otra cantidad de exigencias que el Servicio (SSVQ) nos está solicitando desde el punto de vista de prestaciones en APS, con aumento de cobertura y eso también ha complejizado el sistema, no solamente en la cantidad de prestaciones, sino que en cuanto a la cantidad de trabajo administrativo y de apoyo que estamos requiriendo para dar cumplimiento a la rendición de todo este tipo de programas, por ende, tanto desde el punto de vista administrativo, de gestión y clínico, ha habido una complejización ..." (EPC DDS, Folio N° 12)

La Atención Primaria de Salud se está transformando en un garantizador de prestaciones, en donde existen escasos espacios para la prevención y promoción.

Como se expuso anteriormente, los nuevos requerimientos ministeriales, derivados de la actual política pública de salud, han traído consigo un exceso de trabajo y un aumento en el quehacer profesional de los (as) funcionarios (as) del sistema, lo que ha generado en ellos (as) una alta presión asistencial y una sobreexigencia mayor, lo que ha disminuido los tiempos para el cumplimiento de un mayor número de funciones.

"... Ahora, además, se presentan nuevas exigencias, el Plan AUGE, el índice de actividad de la atención primaria, son muchas cosas, y necesitamos otras también que son áreas falentes del sistema ..." (EPC DDS, Folio N° 12)

A lo anterior, se suma una falta de información general en los temas que se relacionan con las nuevas exigencias y principalmente con el Régimen de Garantías Explícitas en Salud (AUGE), lo que ha llevado a que los distintos (as) funcionarios (as) hayan tenido que desarrollar un avance individual en los distintos temas por la ausencia de una capacitación común.

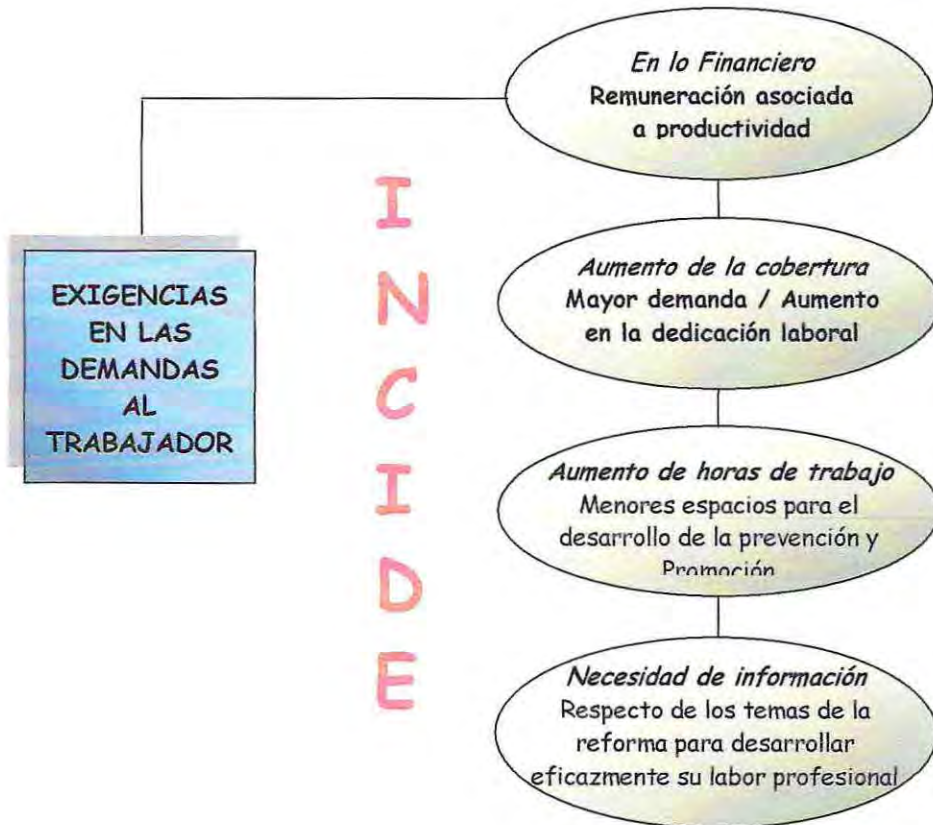


Figura 34: Aspectos en los que inciden los nuevos requerimientos de la Gestión en Salud.

MATRIZ DE SÍNTESIS - IMPLICANCIAS

Categoría	Ámbitos	Implicancias en el Sistema de Gestión en Salud	Implicancias en la Política de RRHH
Cambios en el Sistema de Gestión en Salud	Categoría sin ámbitos	<ul style="list-style-type: none"> - Mayores exigencias en la labor de los (as) trabajadores (as) - Remuneración asociada a productividad - Aumento de la cobertura - Mayor demanda / Aumento de la dedicación laboral - Aumento de horas de trabajo - Constante necesidad de información acerca de los nuevos procesos en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de mecanismos de Autocuidado para los (as) funcionarios (as) dada la sobrecarga laboral. - Propender a un sistema sólido de capacitación acorde a los requerimientos del sistema y de acuerdo a las nuevas exigencias en la gestión en salud.

▪ *Categoría N° 2: ESTADO EN LÍNEA*

La sociedad actual se caracteriza porque todo el accionar humano está basado principalmente en tecnologías digitales. La experiencia mundial indica que, bien utilizadas, éstas potencian extraordinariamente la capacidad de crecimiento, bienestar, equidad, enriquecimiento cultural y desarrollo de los países. Lo anterior es lo que se ha denominado *emergencia de sociedades de la información*.

En este sentido, son pocos los indicadores de desarrollo que sitúan a Chile en los primeros lugares de los rankings mundiales y eso es precisamente lo que ocurre con el Gobierno Chileno en relación a su presencia en la Web mundial, donde ocupa el *segundo lugar, luego de Estados Unidos*. Esta situación refleja el interés del Estado Chileno por modernizar su gestión, adecuarse a los cambios de la sociedad y acercar estas innovaciones a la ciudadanía.

Diversos estudios relacionados con este tema plantean que el uso de las *Tecnologías de Información y Comunicación (TIC)* en la administración estatal logra mejorar los servicios e información que se entrega a los (as) ciudadanos (as), *umentando la eficiencia y eficacia de la gestión pública, como también la transparencia del sector, además de incrementar la participación de los (as) ciudadanos (as)*, debido a toda la población tiene relaciones con el Estado, ya sea bajo la figura de contribuyentes o como receptora de los servicios públicos.

Chile ha logrado un considerable desarrollo del Gobierno Electrónico, donde el principal avance lo constituye la *"Agenda Digital"*, proyecto que comenzó en Abril del año 2003 con la formación del *"Grupo de Acción Digital"* donde participan *instituciones de gobierno, organizaciones del mundo empresarial, el sector académico y otros ámbitos de la sociedad*. El principal objetivo de la *"Agenda Digital"* es que Chile sea un país desarrollado en materia digital para el Bicentenario, es decir, *contribuir al desarrollo de Chile mediante el uso de TICs, para incrementar la competitividad, igualdad de oportunidades, facilidades de acceso para los (as) ciudadanos (as), libertades individuales, calidad de vida de los (as) ciudadanos (as), eficiencia y transparencia del sector público, además de*

enriquecer la identidad cultural del país y sus pueblos originarios. Este objetivo se traduce en un amplio acuerdo público - privado sobre una estrategia - país, orientado a la celebración del Bicentenario en el año 2010 y un Plan de Acción para el período 2004 - 2006 que contempla la realización de 34 iniciativas en esta área.

"... Ahora toda la sociedad se mueve en base a tecnología informática y digital, nuestro país ha tenido importantes avances en esta materia y espero que eso se traduzca concretamente en el trabajo que realizamos como APSQ..." (II JED DDS, 02 de agosto de 2005)

Dentro de las iniciativas para el período 2004 - 2006, existe una relacionada directamente con el sector salud, denominada "Desarrollo de Tecnologías Digitales en el Sector Salud", el objetivo es que el Ministerio de Salud mejore su plataforma tecnológica, asegurando la adecuada implementación de las garantías en el acceso a la salud, consideradas en la reforma del sector, para ello se impulsaron las siguientes líneas de acción:

1. Red digital para el sector público de salud:

El objetivo es que para fines del 2005 todos los establecimientos de salud (Consultorios, Centros de Salud, Postas, Hospitales y otras dependencias del Ministerio como FONASA) tengan conexión a internet a través de Banda Ancha.

"... Es un gran avance tener comunicación directa con FONASA, eso nos facilita el trabajo, especialmente cuando debemos confirmar información sobre la previsión de las personas que se quieren inscribir en el sistema..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005)

1.1 Agenda médica electrónica para reducir horas de espera:

A partir del 2004 se desarrolla en el Servicio de Salud Metropolitano Oriente, el sistema de referencia / contrarreferencia. Su propósito es administrar derivaciones entre consultorios, hospitales, centros de referencia, etc.; permite agendar horas a los pacientes sin que éstos tengan que recorrer presencialmente el sistema. Se espera su masificación durante el 2005 - 2006.

Cabe destacar que dentro de la APSQ, la utilización de agendas médicas diferidas se emplea desde la época de la reingeniería, por lo que el sistema se adelantó en casi 10 años al resto del país, demostrando que la visión de futuro que prima en la APSQ está bien orientada respecto del desarrollo de la APS a nivel nacional.

"... O sea, líneas 800, agendas diferidas, sistema computacional nosotros lo manejamos desde hace tiempo ya, a mediados de la década del 90' y ahora recién estamos viendo que estos adelantos están cobrando fuerza en el país y eso habla muy bien de nuestro sistema, porque se adelanta y está siempre a la vanguardia en estos temas..."
(JP APSQ, 27 de julio de 2005).

1.2 Licencia Médica Electrónica:

Proyecto impulsado por la Superintendencia de Seguridad Social, FONASA, el Ministerio de Salud y la Superintendencia de Isapres y AFPs. El plan piloto se desarrolló durante el año 2004 y se pretende su uso masivo durante el presente año.

La clave del Gobierno Electrónico va más allá del gasto en TICs, sino en la asignación inteligente de los recursos que son siempre escasos. En este sentido, el desarrollo del Estado en Línea debe guiarse primero, por objetivos bien definidos y acordes a las prioridades nacionales, y segundo, que la ciudadanía perciba una mayor eficiencia y efectividad en el uso de éstas tecnologías, de forma que su uso se convierta en algo cotidiano, seguro y al alcance de todas las personas. Lo

anterior se ve claramente favorecido por el incremento en el acceso a Internet que se ha producido en Chile. En el período 1998 - 2003 los (as) usuarios (as) de Internet se han quintuplicado, los establecimientos educacionales conectados a la red se han duplicado y el número de pequeñas empresas con acceso a ella se ha triplicado.

Hacia finales del año 2003 se estimó que unos 3,7 millones de chilenas y chilenos acceden a Internet desde sus hogares, trabajos, establecimientos educacionales e infocentros. Para fines del año 2005, esta cifra fácilmente puede superar los cinco millones, no sólo por el aumento de conectividad de hogares y empresas, sino por la extendida presencia de infocentros y cibercafés. Todo ello es indicador de un acelerado proceso de adopción de tecnologías digitales que, junto al proceso de globalización, está facilitando la aparición de nuevas oportunidades de desarrollo económico y social para nuestro país.

La APSQ, hace más de una década cuenta con un soporte tecnológico que le permite desempeñar de mejor manera sus labores técnicas - profesionales.

El sistema cuenta con la implementación de tecnología computacional que les permite el acceso a internet y tener conectividad permanente con FONASA, además de contar con agendas electrónicas y con el uso de otros programas computacionales propios del sistema con los cuales desarrollan su labor.

Si bien el uso de tecnologías se ve entorpecido por la obsolescencia del sistema computacional, la organización realiza grandes esfuerzos por contrarrestar este efecto, dado principalmente que la dirección de la APSQ posee claridad que este es el soporte administrativo de las prestaciones que se entregan a la comunidad.

Lo anterior da cuenta de la visión de futuro que posee la organización, ya que mientras un gran número de establecimientos de salud recién comienzan con la incorporación de tecnología a su labor técnica - profesional la APSQ ya lo consideró hace un tiempo bastante considerable.

MATRIZ DE SÍNTESIS - IMPLICANCIAS

Categoría	Ámbitos	Implicancias en el Sistema de Gestión en Salud	Implicancias en la Política de RRHH
Estado en Línea	Categoría sin ámbitos	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de tecnología informática en los procesos de la APSQ. - Uso de tecnología como agente facilitador de los diferentes procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisar la presencia del uso de tecnología, de modo que responda a los actuales y nuevos requerimientos. - Propiciar la capacitación necesaria para los nuevos escenarios en salud en relación a l uso de tecnología e informatización de los procesos.

▪ Categoría Nº 3: CARACTERÍSTICAS DEL USUARIO (A) DEL SISTEMA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD DE LA COMUNA DE QUILLOTA

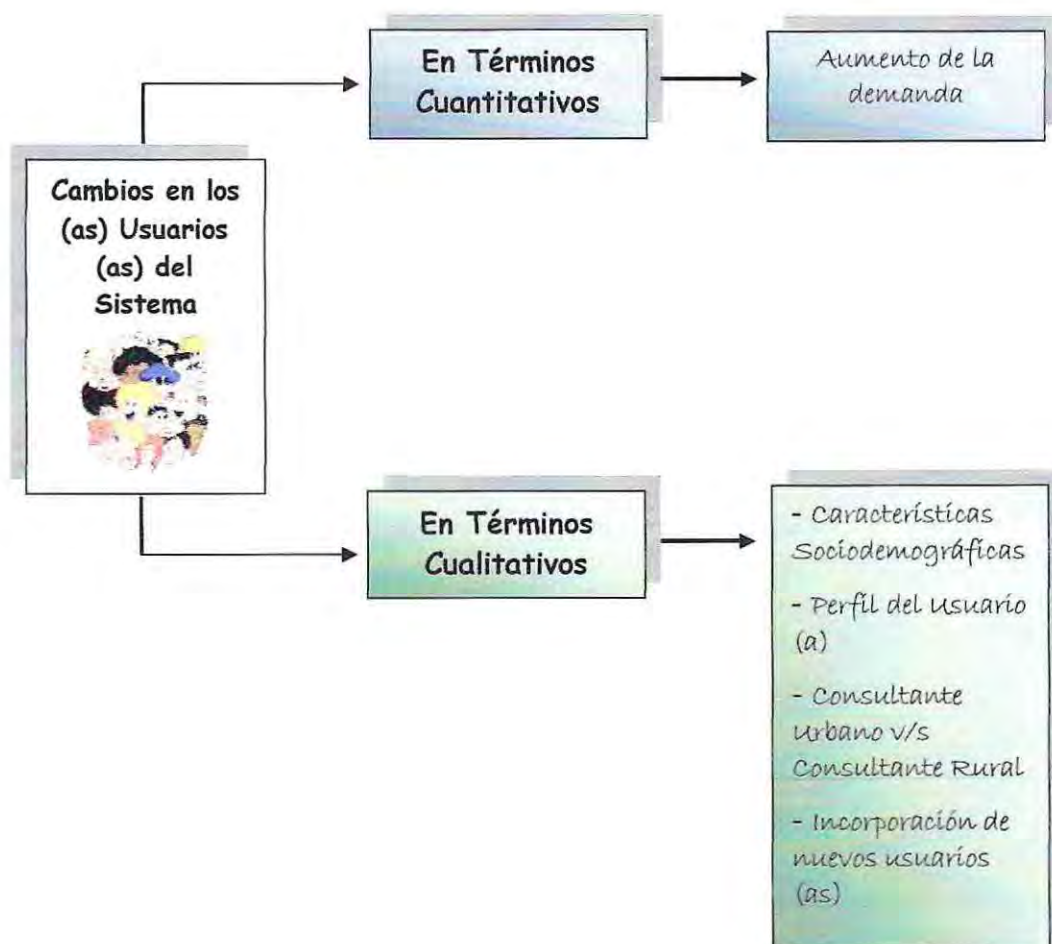


Figura 35: Aspectos en los que incide el cambio en las características de los (as) usuarios (as) del sistema.

Los distintos cambios que ha experimentado la sociedad en términos demográficos, políticos, económicos, sociales, culturales y tecnológicos, han generado cambios en las personas. Dichos cambios han afectado a los (as) usuarios (as) de la Atención Primaria de la Comuna de Quillota, los que actualmente presentan características distintas a las que los distinguían hace una década atrás.

Los cambios en las características que presentan los (as) usuarios (as) del sistema se dan en términos tanto cuantitativos como cualitativos. En términos cuantitativos la principal distinción se relaciona con el creciente aumento de la demanda en los distintos establecimientos de salud que componen la red asistencial de Atención Primaria.

La comuna de Quillota, presta servicios de Atención Primaria de Salud a 69.377 usuarios (as), según inscripción Per - Cápita a diciembre de 2004. La cantidad de beneficiarios se deriva principalmente del sector urbano de la comuna, con una población de 53.652 personas, mientras que en el área rural alcanza a 15.725 usuarios.

El crecimiento y la expansión de la comuna, así como el mejoramiento en las condiciones de atención y el aumento de los servicios entregados, han generado que los centros de salud hayan aumentado considerablemente la cantidad de atención en los últimos años. Desde el año 2002 al año 2005, los (as) usuarios (as) del sistema han crecido en un 12% y han pasado de 61.958 el 2002 a 69.377 el 2005. Si bien el aumento en la demanda responde a la gran expansión geográfica vivida por la comuna en los últimos años, dicho fenómeno responde también a la incorporación de nuevos usuarios (as) al Sistema de Atención Primaria, este escenario responde a uno de los elementos del ámbito cualitativo, como es la incorporación de nuevos actores al sistema, lo cual será analizado en páginas posteriores, dentro del ámbito cualitativo.

En cuanto a los cambios a nivel cualitativo, los (as) usuarios (as) han experimentado cambios principalmente en cuatro aspectos: Características Sociodemográficas, Perfil del Usuario (a), distinción entre beneficiarios del sector Urbano y Rural y en la incorporación de nuevos usuarios (as) al sistema.

En cuanto a los aspectos sociodemográficos, la población estimada se compone fundamentalmente de mujeres las que representan el 53% del total de beneficiarios. El número de mujeres y sus edades determina un gran número del total de los servicios prestados, debido a la especificidad de las atenciones en salud de las que son usuarias. El porcentaje de hombres dependiente del sistema no es menor, constituyendo el 47% de los usuarios del sistema.

El rango etéreo de mayor consulta, se encuentra en las mujeres de 31 a 60 años y luego en el rango anterior a éste, que va entre los 19 y 30 años. Si bien la mayor cantidad de beneficiarios (as) de la Atención Primaria de la comuna son

mujeres, éstas sobrepasan a los hombres en el tramo adultos, ya sea adulto joven, medio o mayor (19 y más años), dado que en los tramos de adolescentes, niños en edad escolar, niños en edad pre - escolar y lactantes (Menores a 18 años) la mayor cantidad de usuarios pertenece al sexo masculino.

El otro gran número de atenciones prestadas se concentra en adultos mayores de 60 años y luego en niños y niñas entre 6 y 13 años. El nivel más bajo de prestaciones se encuentra en los menores de 2 años con un 0.6% del total de las prestaciones entregadas por el sistema de salud de la comuna.

Lo anterior da cuenta del envejecimiento progresivo de la población de la comuna, en donde los grupos de avanzada edad superan en número a los grupos de menor edad, sin embargo y pese a esta tendencia, la cantidad de usuarios (as) menores de 14 años no es menor y representa un número importante a la hora de contabilizar las prestaciones entregadas por el sistema.

Otro de los elementos que guarda relación con el aspecto cualitativo, es el conjunto de características propias de los (as) usuarios (as) del sistema, las cuales conforman un perfil de los beneficiarios (as) de la Atención Primaria de la Comuna de Quillota. Dicho perfil incluye características propias de las personas que constituyen un patrón común en la mayoría de los consultantes del sistema.

Los (as) beneficiarios (as) del Sistema de Salud Primario de Atención, han ido evolucionando a la par con el sistema, empoderándose de éste y ejerciendo sus derechos ciudadanos, dicho ejercicio guarda relación con un (a) usuario (a) más consciente de sus derechos y por tanto, más exigente y demandante con el sistema, en donde la libre elección (horario y profesional) ya no es un derecho sino una obligación.

El Modelo de Salud Local, centrado en uno de sus aspectos, en las garantías ciudadanas ha respaldado los derechos de los (as) usuarios (as), privilegiando un sistema de calidad e integral en sus prestaciones, garantizando la satisfacción de todos los (as) usuarios (as) del sistema, donde el régimen de reclamos es efectivo y

donde se brinda un respaldo real para el cumplimiento de una atención de calidad. Sin embargo la mayor parte de los (as) funcionarios (as) considera que el modelo se olvidó de las garantías de los (as) funcionarios (as), respaldando en la mayoría de los casos a los (as) usuarios (as) y olvidando las necesidades y problemáticas de los (as) trabajadores (as) del sistema.

"... Los usuarios se encuentran muy protegidos por el sistema y tienen todas la de ganar frente a nosotros como funcionarios ..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005).

La mayoría de los (as) trabajadores (as) de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota se sienten desprotegidos y vulnerados frente a los (as) usuarios (as), por lo que éstos son generadores y fuente de Stress para los (as) funcionarios (as) de los distintos centros.

Por otra parte, lo expedito del sistema y el fácil acceso a la atención médica genera usuarios (as) policonsultantes y, en algunos casos, dependientes del sistema y de las diferentes prestaciones con las que éste cuenta.

Cabe destacar que existe una distinción entre los consultantes del sector urbano y los del sector rural. Al contraponer ambos usuarios (as), sin duda presentan diferencias importantes en cuanto al trato con el personal, el (la) usuario (a) del sector rural presenta mayor accesibilidad y comprensión con el sistema, es más respetuoso y amable con los funcionarios (as), dada la familiaridad que se da principalmente entre usuarios (as) y funcionarios (as) en los sectores de Boco y La Palma. Los (as) usuarios (as) del sector rural de San Pedro presentan características que se acomodan en mayor medida al perfil del usuario urbano de la comuna, dado principalmente al crecimiento y evolución del sector.

"... Existe una gran diferencia en lo que son los usuarios de los centros urbanos a rurales, en rural el trato es distinto, es más familiar, menos distante, no se ven tantos problemas con las personas..."(JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

Por otra parte el (la) usuario (a) del sector urbano y que se atiende en los Centros de Salud Dr. Miguel Concha y Cardenal Raúl Silva Henríquez posee un mayor conocimiento, tanto en sus derechos como en el conocimiento de sus patologías. Son beneficiarios con un mayor nivel educacional e interesado por conocer las patologías que lo aquejan.

"... Los usuarios urbanos tienen un alto grado de conocimiento es sus derechos como pacientes y los hacen valer con los funcionarios..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005)

"... Son usuarios bien informados en temas relacionados con su salud..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005)

Dentro del último elemento de tipo cualitativo se encuentra la incorporación de nuevos usuarios (as) al sistema, los que han elevado la demanda de los centros de atención, que ya presentaban altos niveles de adhesión. Esta incorporación de usuarios (as) proviene principalmente de dos grandes grupos que emigraron al Sistema Público de Atención en Salud de la comuna de Quillota. El primero corresponde a beneficiarios (as) de otras comunas. Si bien la mayor cantidad de usuarios (as) del sistema pertenece a la comuna de Quillota un número importante de éstos proviene de otras comunas cercanas a la ciudad, como son La Cruz, La Calera, Limache, entre otras. No se conoce con exactitud el número de personas provenientes de comunas vecinas pero la mayor parte de los (as) funcionarios (as) del sistema percibe esta situación como un problema que dificulta su labor asistencial, por la excesiva demanda y por la incorporación principalmente de usuarios (as) con problemas de salud que los convierte en beneficiarios (as) policonsultantes (as).

"... Hay un grupo importante de usuarios que demandan mucha atención del sistema, que acuden constantemente y están frecuentemente solicitando prestaciones..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005)

La principal visión del equipo médico y no médico de los respectivos centros de salud, en torno a esta situación es que se presenta como un elemento entorpecedor más que facilitador para el desarrollo del sistema, ya que si bien se recibe el ingreso per - cápita por cada una de éstas personas, este no es suficiente para paliar los costos que algunos de ellos (as) le significan al sistema.

"... Lo principal en este momento es contener la demanda de los usuarios de otras comunas, para poder atender de mejor manera a nuestros propios usuarios". (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Si bien la percepción de los (as) funcionarios (as) de la Atención Primaria de la Comuna de Quillota es negativa frente a prestar servicios a usuarios (as) externos, las prestaciones, según políticas ministeriales no está sujeta a la residencia de las personas, por lo que no existen impedimentos para que cualquier persona sea atendida en cualquier centro de salud público del país, previa inscripción al sistema.

Otra vía importante por la que ha aumentado la demanda, proviene de personas que anteriormente utilizaban el sistema de salud privado, pertenecientes principalmente a los grupos C y D del Fondo Nacional de Salud (FONASA), dicha incorporación al sistema se debe por una parte, a los cambios en la economía del país, en donde la cesantía ha afectado con creces principalmente a la región de Valparaíso, donde se encuentran los niveles más altos de desempleo y desocupación del país, y por otra parte, a los estándares positivos de desempeño que ha presentado la comuna en el nivel de atención primaria en los últimos diez años. Lo

anterior da cuenta de usuarios (as) empobrecidos que dependen mayoritariamente del sistema público de salud, en donde la clase media no logra sostener en forma autónoma su salud.

MATRIZ DE SÍNTESIS - IMPLICANCIAS

Categoría	Ámbitos	Implicancias en el Sistema de Gestión en Salud	Implicancias en la Política de RRHH
Descripción de las características del usuario (a) del sistema de Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota	<p>Características Sociodemográficas</p> <p>Perfil del Usuario (a)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la demanda / Aumento cobertura. - Multiplicidad de funciones por parte de los (as) trabajadores (as) del sistema. - Aumento de la carga laboral. - Sistema abierto y centrado en las garantías de las personas. - Mayores niveles de exigencia desde los (as) usuarios (as) al sistema. - Adecuación constante del sistema a la realidad local. - Constante entrega de información de los nuevos procesos de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de estrategias de autocuidado para el manejo del stress en los funcionarios (as), producido por la sobrecarga laboral. - Capacitación de los (as) funcionarios (as) en el manejo de habilidades comunicacionales para el adecuado trato hacia los (as) usuarios (as). - Entrega oportuna y adecuada de información a los (as) funcionarios (as) respecto de los nuevos procesos de salud, de modo que se encuentren en condiciones de orientar a la población.
Consultante Urbano v/s Consultante Rural	Consultante Urbano v/s Consultante Rural	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuación de la realidad de las distintas localidades en las prestaciones de cada centro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Política de Recursos Humanos acorde a la visión comunal de salud.
Incorporación de nuevos (as) usuarios (as) al sistema	Incorporación de nuevos (as) usuarios (as) al sistema	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la demanda / Mayor capacidad de cobertura. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de estrategias para el manejo del Stress.

Capítulo V

Análisis Interno

ANÁLISIS INTERNO ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMUNA DE
QUILLOTA

El análisis de situación realizado al interior de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota, fue desarrollado a partir de las impresiones e inquietudes de los propios trabajadores (as) del sistema, en base al trabajo conjunto realizado por los funcionarios (as) y el Equipo Seminarista, el cual fue desarrollado por medio de actividades de análisis y reflexión.

A continuación se presentan las categorías y sub - categorías que darán paso a dicho análisis.

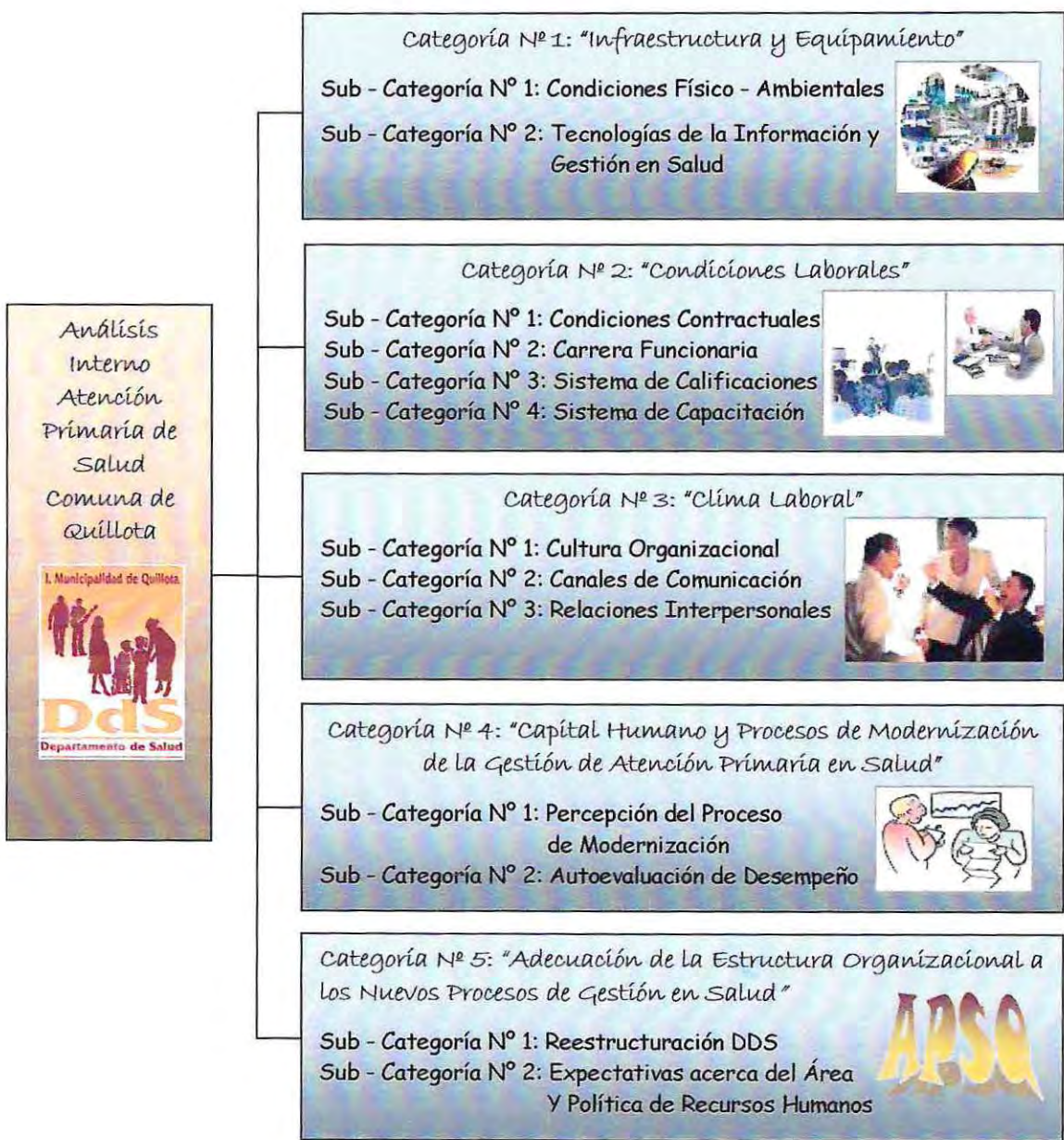


Figura 36: Categorías Análisis Interno Atención Primaria de Salud Comuna de Quillota.

▪ Categoría N° 1: INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO

La primera categoría establecida para el análisis organizacional denominada Infraestructura y Equipamiento, será desarrollada a partir de dos sub - categorías, entre las que cuentan: Condiciones físico - ambientales y Tecnologías de la información y gestión en salud.

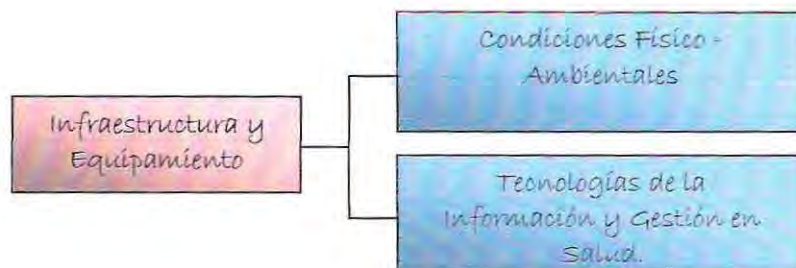


Figura 37: Sub - Categorías Infraestructura y Equipamiento.

1.1 Condiciones Físico - Ambientales

La Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota posee nueve dependencias bajo su supervisión, las cuales se estructuran de la siguiente manera:

- Departamento de Salud
- 2 Centros de Salud Urbanos
- 3 Centros de Salud Rurales
- 1 Posta Rural
- Centro de Promoción de la Salud y la Cultura
- Plataforma de Gestión Familiar

Los Centros de Atención de Salud en el sector urbano, según la opinión de la mayoría de los (as) funcionarios (as) del sistema, es coincidente en lo que se refiere a infraestructura, donde ésta se muestra acorde a los requerimientos de funcionarios (as) y usuarios (as).

Ambos establecimientos cuentan con una moderna y amplia infraestructura, de fácil acceso para los (as) usuarios (as), con espacios de trabajo grupal y atención individual, presencia de buena señal informativa para los (as) usuarios (as), además de escaleras y ascensor para acceder a los pisos superiores.

"... Tú ves la diferencia entre los establecimientos, especialmente los urbanos de Quillota y los de otras comunas de la región o el país y realmente nosotros estamos a un nivel muy alto, nuestros centros son amplios, modernos y acogedores tanto para los usuarios como para los trabajadores..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005)



Fotografía 9: Centro de Salud Doctor Miguel Concha



Fotografía 10: Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez

Por su parte, los establecimientos de los sectores rurales de San Pedro, Boco y La Palma, más la Posta Rural de Manzanar, dependiente del Centro de Salud Boco, han presentado un cambio sustancial en lo que se refiere a infraestructura, pasando de dependencias muy pequeñas y no acordes a un centro de salud, a establecimientos que poseen una infraestructura de alto nivel, dado que dos de ellos fueron completamente remodelados y el tercero fue construido nuevamente en el mismo espacio físico del anterior consultorio.

"... Nadie puede negar que hemos crecido, un ejemplo claro es que no hace mucho tiempo que por el medio del patio de uno de nuestros centros rurales pasaba una acequia y tú vas ahora y realmente es un establecimiento de lujo, que cualquier ciudad quisiera tener para atender a su población..." (I JED APSQ, 14 de julio de 2005)



Fotografía 11: Centro de Salud San Pedro



Fotografía 12: Centro de Salud Boco



Fotografía 13: Centro de Salud La Palma



Fotografía 14: Posta Rural Manzanar

Lo anterior da cuenta que los diversos centros de salud de la Atención Primaria de la Comuna de Quillota se han adecuado de manera positiva a las nuevas exigencias del entorno, dando respuesta a la expansión geográfica de la ciudad, lo que ha traído consigo el aumento de la demanda al sistema. Durante los últimos años la APSQ ha realizado grandes esfuerzos por mejorar el espacio físico en que desarrolla sus actividades, situación que favorece tanto a usuarios (as) como a

trabajadores (as) en el desempeño de sus funciones, sin embargo el Equipo Directivo del DDS considera que la mayor cantidad de los miembros del sistema no valora esta situación, dado principalmente que los (as) funcionarios (as) de la APSQ, por los continuos cambios que se viven al interior del sistema, perciben esta mejora como algo común, no otorgándole el valor que se merece.

"... Algunas cosas lamentablemente se asimilan muy rápido y parece ser ya algo como muy natural, o sea, renovar toda la infraestructura de esta comuna en Atención Primaria en menos de diez años, solamente con las comunas de al lado de Quillota y también otras más, por ejemplo, los consultorios en Viña, el 50% de los consultorios son los mismos que habían hace 20 años atrás, en Viña y en Las Condes igual, entonces uno tiene la perspectiva de verlo así, pero la gente lo asimila muy rápido y pasa a ser como algo de ellos, como algo muy natural..." (EPC DDS, Folio N° 11)

Por otra parte, tanto el Departamento de Salud, como la Plataforma de Gestión Familiar, se emplazan en inmuebles tipo vivienda, acondicionadas como oficinas, La Plataforma de Gestión Familiar cuenta con los espacios necesarios para el desarrollo de sus tareas diarias, sin embargo, en el caso del DDS, el espacio y la distribución de los sectores no es suficiente ni acorde para el desarrollo de las actividades que se deben realizar, por este motivo las dependencias del DDS serán trasladadas en un corto plazo a un terreno Municipal que antiguamente se utilizaba como Escuela Pública y la cual actualmente se encuentra desocupada.

"... Ahora estamos en etapa de cambio de casa, están haciendo las reparaciones y arreglos necesarios a una escuela de la Villa México que va a ser el nuevo DDS, porque acá no tenemos espacio, hemos ampliado, pero realmente el lugar no es suficiente para albergar tanta gente..." (EPC DDS, Folio N° 10)



Fotografía 15: Departamento de Salud



Fotografía 16: Plataforma de Gestión

El Centro de Promoción de la Salud y la Cultura desarrolla sus actividades en el ex Consultorio Corvi, por lo que cuenta con un espacio de gran amplitud y ya conocido por los (as) usuarios (as). Este centro cuenta con la implementación de los espacios necesarios para que se puedan desarrollar en forma simultánea y sin inconvenientes las diferentes actividades que se entregan a la comunidad, como son clases de aeróbica, ensayo de bandas, exposición de obras, etc.



Fotografía 17: Centro de Promoción de la Salud y la Cultura

Ahora bien, y pese a contar con infraestructura de alto nivel, existe una situación que provoca malestar generalizado entre los (as) funcionarios (as) y que dice relación con el aseo de los centros de salud, especialmente de aquellos que se ubican en el casco urbano de la ciudad.

"... Realmente te da pena, porque ves un centro tan lindo, pero tan sucio, los baños, las escaleras, es fome trabajar así..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

"... Tu vas a los box de atención o a los baños del personal y te da asco entrar, algunos colegas antes de atender les piden a los auxiliares que limpien el box porque realmente dan vergüenza y después miras el resto del consultorio y te das cuenta que en todas partes está sucio ..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Esta situación también es percibida por los (as) usuarios (as) de la APSQ, quienes ponen de manifiesto su opinión al respecto, de modo que un gran número de los reclamos realizados al sistema se relaciona con el tema de aseo y ornato de los centros de salud urbanos de la comuna.

"... La mayoría de los reclamos de los usuarios es por el aseo, te dicen, muy buena la atención, la forma como te tratan, pero está tan cochino..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005).

Pese a que la problemática del aseo en los establecimientos podría representar una situación de bajo perfil, la lectura que poseen los (as) funcionarios (as) del sistema es distinta y se relaciona principalmente con un cuestionamiento básico y ligado al objetivo primero de los Centros de Salud que es proporcionar y velar por la salud de las personas, la cual en una primera instancia pasa por el saneamiento adecuado en la vida cotidiana y en el hogar de cada usuario (a). Por tanto el brindar una atención de calidad se relaciona también con los mecanismos de cuidado e higiene que se presentan a la ciudadanía en cada centro, entendiendo que una institución ligada directamente a la salud de la población debe ser pionera en normas básicas de saneamiento e higiene.

"El tema del aseo realmente es más importante de lo que parece, porque somos una institución de salud, que promovemos la salud entre la gente y la limpieza es parte fundamental de esta salud, entonces, ¿qué imagen proyectamos hacia nuestros usuarios?" (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Cabe destacar que esta situación no se presenta en los establecimientos de los sectores rurales, dado principalmente a la baja en la cantidad de usuarios (as) atendidos y al perfil que estos presentan, en donde el usuario (a) rural mantiene un mayor apego y cuidado por el centro dado el valor que le otorgan a éste.

"... La gente en rural quiere a su consultorio y lo cuida como si fuera su casa, porque es lindo y notan los grandes avances que ha habido, la gente es distinta tiene otra actitud..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005)

Los (as) funcionarios (as) también perciben esta situación, sin embargo en la mayoría de los casos no lo atribuyen a una distinción entre usuarios (as) urbanos y rurales.

"... Realmente no sé qué será, porque tú vas a cualquier rural y todo está limpio, brillante, entonces, no sé por qué en los urbanos cuesta tanto, este tema es tan complicado ..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005)

Si bien la gran mayoría de los (as) trabajadores (as) de la APSQ consideran el tema del aseo e higiene como una debilidad del sistema, también respaldan la labor de los auxiliares de servicios, abogando a que su bajo desempeño se debe a la gran cantidad de funciones que deben realizar dentro del centro a que pertenecen, al cambio constante entre los diferentes centros urbanos, a la falta de

implementos y material y a las labores de estafeta que deben realizar durante el desarrollo de sus horas laborales.

"... Hay que ser justos, a los auxiliares de servicio los mandan a una y otra cosa, les cambian los horarios y eso no les da tiempo como para hacer su trabajo como corresponde..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005)

"... No siempre están los recursos para poder hacer aseo como corresponde y así es bastante difícil que como auxiliar puedas hacer bien tu trabajo ..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005)

Por otra parte, la cantidad de gente que transita por los centros de salud urbanos es bastante mayor a la de los establecimientos rurales, por lo que también constituye un factor a considerar dentro de este punto. Sin embargo, la percepción generalizada es que los auxiliares de servicio no realizan bien su trabajo por razones de ineficiencia personal y por una permanente actitud de desgano para realizar las funciones que les corresponden.

"... Yo creo que más bien pasa por un tema de voluntad, los auxiliares de servicio no hacen bien su trabajo porque no se les da la gana, porque los recursos y el tiempo están, pero ellos sencillamente sacan la vuelta y no tienen voluntad para hacer nada ..." (JTP, 26 de Julio de 2005)

Cabe destacar que hace un tiempo atrás el Estamento F, perteneciente a los Auxiliares de Servicio fueron invitados a participar en diferentes talleres, capacitándolos en técnicas de gasfitería, técnicas de saneamiento y limpieza dentro de los respectivos establecimientos, entre otras, sin embargo y de acuerdo al planteamiento del resto de los (as) funcionarios (as), esta actividad de capacitación no demostró ser lo suficientemente eficaz ni motivar a este segmento

de funcionarios en sus labores diarias de trabajo de modo de terminar con el problema.

"... Eso que ellos tuvieron una capacitación donde se les mostró cómo limpiar los consultorios, incluso gasfitería para que estuvieran en condiciones de hacer reparaciones más urgentes, pero eso fue una vez solamente y por lo visto no dio resultado..." (II JED DDS, 4 de agosto 2005).

Sobre la base de lo anterior, se torna necesario buscar y acordar un mecanismo de capacitación permanente y estrategias de motivación para este segmento en particular, de forma de mejorar su desempeño y facilitar el cumplimiento de sus funciones, lo que favorecería directamente en la calidad de vida laboral de todos los miembros del sistema y de los (as) usuarios (as) de la APSQ.

2.2 Tecnologías de la Información y Gestión en Salud

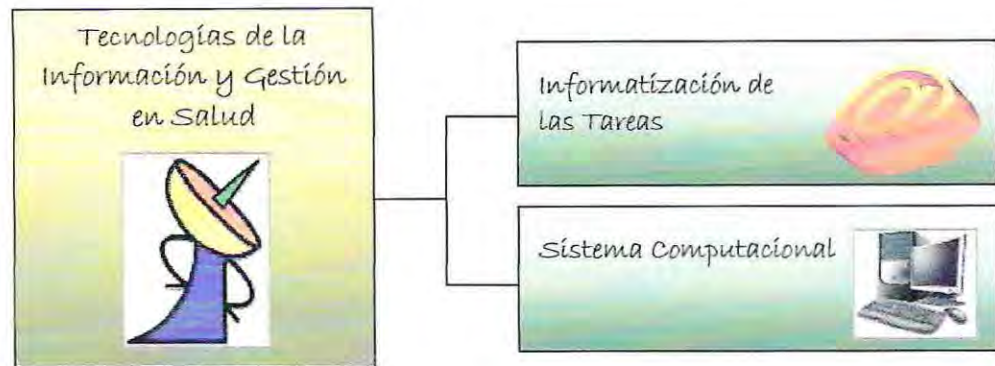


Figura 38: Elementos a considerar en la Categoría de Tecnologías de la Información y Gestión en Salud.

2.2.1 Informatización de las Tareas

El proceso de informatización de las tareas comenzó a desarrollarse en la etapa de Reingeniería, establecida entre los años 1994 a 1997. Este sistema constituyó y aún constituye una de las principales fortalezas del sistema, por cuanto sustenta el acceso a la atención de los (as) usuarios (as) y por otra parte aplica aún un elemento distintivo entre la comuna de Quillota y las demás.

Durante la Etapa de Reingeniería, además del sistema computacional, se incorporaron la implementación del acceso telefónico a la dación de horas (línea 800), las agendas diferidas, la incorporación de selectores de demandas, la extensión horaria, la redistribución del personal de apoyo, la capacitación de los (as) funcionarios (as) en el sistema computacional y la capacitación de profesionales en temas de gestión en salud.

"... Se elaboró toda una propuesta de mejoramiento de la calidad del sistema, informatizar lo que era la APS en Quillota, que para nosotros era más que traer computadoras, porque conllevó un trabajo previo de reingeniería, pero orientado a la percepción de los trabajadores, a sentirse integrados. Además, como APS, fuimos pioneros en incorporar las agendas de profesionales, de aplicar criterios de atención,

citar pacientes escalonadamente, en forma diferida, con lo que disminuyó notablemente los tiempos de espera, todas las mejoras se centraron en el paciente y eso marcó mucho ..." (ED APS, Folio N° 7)

El proceso de Reingeniería trajo un cambio no solo cuantitativo, si no fundamentalmente cualitativo, en cuanto a que no solo involucró procesos informáticos importantes e insumos materiales, sino que también hubo un cambio sustancial a nivel de lo que era gestión en salud en ese momento, por lo que el cambio para todo el sistema, significó un gran esfuerzo por parte de los (as) funcionarios (as). La recepción de los (as) trabajadores (as) fue positiva y visualizaron el cambio como una oportunidad importante para su crecimiento personal y laboral, a pesar de la incertidumbre y el temor propio que trae consigo todo cambio.

Por parte de los (as) usuarios (as) la recepción también fue positiva, debido principalmente a que el nuevo sistema los beneficiaba directamente como usuarios (as), al prestar un servicio de mayor calidad y centrado en la satisfacción y garantías de la ciudadanía.

"... Fue un cambio demasiado grande y la gente lo percibió como muy positivo y los funcionarios también, a pesar de que tenían mucho miedo al inicio, lo percibieron muy bien, pasaron de ser funcionarios muy temerosos de lo que venía, a funcionarios que empezaron a creerse los mejores del país, y así aconteció, realmente eso pensaban, que eran los mejores, los venían a ver, salíamos en la tele, la gente hablaba bien de los Consultorios, ya no se veían los funcionarios tan malos, la gente empezó a hablar bien también ..." (EPC APSQ, Folio N° 11)

Por otra parte el proceso de Reingeniería trajo la implementación del sistema computacional de todos los centros de salud, se eliminaron las máquinas de escribir y aparecieron los computadores, se eliminaron los espacios cerrados y con ello se derribaron los SOME, convirtiéndose en lo que hoy se conoce como

Admisión. Fue una etapa muy marcadora en la historia de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota, donde se recibieron visitas ilustres, como la del entonces Presidente Eduardo Frei Ruiz - Tagle que vino a inaugurar el proyecto de gestión y de reingeniería de los distintos centros de salud.

Todo el proceso de Reingeniería facilitó el quehacer administrativo, técnico y profesional de los (as) funcionarios (as) del sistema, reduciendo los tiempos y agilizando la atención.

"... Fue una linda etapa, difícil en un principio, porque significó un esfuerzo de capacitación de todo el personal, pero fue un cambio excelente para el desarrollo de nuestro trabajo..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Actualmente la Atención Primaria de la Comuna de Quillota no imagina la realización de sus procesos sin la informatización de las tareas, por lo que hoy la meta se encuentra en adecuar el sistema informático a los actuales requerimientos en salud que se presentan a nivel local y ministerial. De esta manera la principal apuesta consiste en renovar todo el sistema informático, de modo de cumplir con las actuales exigencias de la organización y del entorno. Situación que se verá cumplida en el corto plazo, debido a la licitación de una empresa externa que se hará cargo de la mantención y reposición de los equipos y de los sistemas en tiempos más reducidos que los que hasta hoy se utilizan.

2.2 Sistema Computacional

Como se ha planteado, desde la época de Reingeniería, el sistema informático ha pasado a ser un referente de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota y ha sido parte fundamental de los diversos procesos que se han vivido. El desarrollo de este ámbito ha permitido a la APSQ estar en una posición acorde a los nuevos tiempos, lo que ha permitido que el sistema se adecue de mejor manera a los nuevos desafíos y exigencias que hoy se le presentan.

"... O sea, hoy en día tú no puedes trabajar en un sistema como este, de salud, donde atiendes a tanta gente, donde tienes que responder a exigencias ministeriales y tienes que hacerlo bien, sin el apoyo de tecnología computacional, de programas para el manejo y almacenamiento de información, imposible manejar el volumen de información actual con un sistema manual, con cuadernos..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

El Sistema computacional con el que cuenta la APSQ cuenta básicamente con cuatro grandes programas informáticos que les permiten desarrollar de manera más eficiente y rápida su labor, especialmente en el ámbito administrativo.

La comuna de Quillota cuenta con este sistema computacional hace ya una década, el cual se ha ido adecuando a los requerimientos por medio de la actualización de algunos de sus programas.

Los programas que sustentan el sistema informático son cuatro, entre estos cuentan: Programa de Inscripción, Botón de Oro, Programa de Admisión e Inscrito tres, además de otras bases de datos que sirven básicamente para la construcción de estadísticas, las cuales se realizan mensualmente.

Dentro de las principales bases de datos cuentan el registro computacional del sistema de OIRS (Oficina de Información de Reclamos y Sugerencias), de Interconsultas y de programas de salud como son Niño Sano, Cardiovascular, Crónicos, Embarazadas, entre otros. Estos programas y bases de datos sustentan el sistema computacional de la APSQ y les permite diariamente realizar las tareas y cumplir con los objetivos del sistema, atender a la población por medio de una atención eficiente, rápida y de calidad.

Programa	Objetivo
- <i>Inscripción</i>	Retroalimentar el sistema, respecto de la cantidad de usuarios (as) y de la individualización de los mismos
- <i>Botón de Oro</i>	Incorporar nuevos (as) usuarios (as) al per - cápita
- <i>Admisión</i>	Base para dación de horas y verificación de datos de los (as) usuarios (as)
- <i>Inscrito 3</i>	Enviar la información desde el sistema a FONASA

Cuadro 21: Programas computacionales con los que opera la APSQ.

Los (as) funcionarios (as) del sistema notan esta ventaja por sobre otros centros que aun realizan sus funciones por medio de cuadernos y en forma manual, sin embargo, están conscientes que esta fortaleza del sistema requiere para seguir manteniéndose en el tiempo, contar con revisiones periódicas, disponer de recursos importantes para su mantenimiento y contar con capacitaciones permanentes de los (as) trabajadores (as) en el uso de nuevas tecnologías. Pese a lo anterior la percepción de los distintos funcionarios (as) frente a este ámbito es altamente positiva y favorable, presentando solo buenas impresiones cuando se discute sobre este tema.

"... Los distintos programas con los que trabajamos nos permiten ordenar la información, poder usarla para la toma de decisiones en los distintos temas y si no contásemos con todo el apoyo computacional que tenemos realmente no podríamos funcionar con el nivel de exigencia que hoy tenemos..." (II JED DDS, 02 de Agosto de 2005).

Como se expuso con anterioridad, existe una preocupación entre un gran número de funcionarios (as) del sistema acerca de que la mayor cantidad de problemas que aquejan al sistema computacional se debe al desgaste natural de los equipos por el tiempo y al uso continuo de los mismos.

"... Suele pasar que cuando estamos ingresando a un paciente el computador se pega, entonces si debiésemos demorarnos 5 minutos en el ingreso, al final nos demoramos 15 y así nos atrasamos en todas nuestras actividades..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005)

Por otra parte la mantención de los equipos se encuentra a cargo de un solo funcionario lo que no le permite responder con mayor rapidez a todos los requerimientos del sistema, retrazando la reparación de los equipos y generando un problema para el funcionario (a) y el centro al cual pertenece.

"... Lo que pasa es que no hay un sistema de mantenimiento de los equipos, que se revisen permanentemente, en los mismos lugares donde se encuentran, porque ahora, si un equipo no funciona, hay que llevarlo al Departamento y ahí puede pasar semanas, entonces debería haber un sistema que los revisen periódicamente y no esperar a que no funcionen..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Otro problema existente, es que el sistema no cuenta con un respaldo eficiente que asegure que frente a alguna dificultad o imprevisto la información contenida, principalmente en las bases de los datos se recupere, lo que ha generado más de alguna complicación entre los (as) funcionarios (as) del sistema.

"... El sistema de respaldo de la información no es bueno, ya nos ha pasado un par de veces, en lo que va del año, que algún desperfecto nos borra los archivos completos, por ejemplo el problema que tuvimos con las agendas de los crónicos, que desaparecieron del sistema y no sé si no había respaldo, pero terminamos haciendo las agendas a mano, perdimos mucha información y tiempo..." (JTP, 26 de julio de 2005).

Dada las continuas falencias que el sistema computacional está presentando por el desgaste propio de los equipos y la falta de mantención, es que el Departamento de Salud vio la necesidad de que el sistema cuente con una empresa de asesoría técnica para el tema de mantención y reposición constante de equipos y programas. Actualmente y luego de un proceso de licitación el proyecto fue

entregado a la empresa SONDA, la cual con anterioridad había implementado durante la etapa de la Reingeniería el sistema computacional en la APSQ. El proyecto contempla la incorporación de nuevos programas computacionales a los ya existentes, y la implementación de una Ficha Familiar Electrónica, que ha sido la solicitud por largo tiempo de profesionales, técnicos y administrativos del sistema, la cual permitirá acceder a todos los antecedentes de una familia en particular, conociendo su genograma y todas las patologías y/o consultas médicas que ha tenido el caso índice y los miembros de su familia en los distintos centros de salud de la APSQ, de modo de proporcionar una atención integral para cada uno de los (as) usuarios (as) del sistema.

"... Contar con una ficha familiar, sería espectacular, podríamos tener una visión totalmente acabada y específica de cada consultante y su grupo familiar, sería útil y muy eficiente, también necesario para nuestro trabajo..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005)

"... La ficha familiar sería un gran avance para el trabajo de los centros y perfectamente se puede ampliar al trabajo del foco social a escala municipal..." (II JED DDS, 02 de agosto de 2005)

Por último el contar con un sistema en red entre los centros que conforma la Atención Primaria de la Comuna de Quillota, es otro de los principales requerimientos en este ámbito por parte de los (as) funcionarios (as) de la APSQ, un sistema que les permita interconectividad para conocer las acciones realizadas por otros centros y masificarlas hacia los (as) usuarios (as), así también como insumo para retroalimentar el trabajo realizado al interior del sistema.

"... Lo ideal sería contar con un sistema en red, donde tú entres al sistema y tengas acceso a información de las actividades de todos los centros o un sistema en que el Director del DDS entre y sepa, por ejemplo, quien de sus funcionarios está con licencia médica, quien está en capacitación, etc., eso es un desafío, pero si lo logramos facilitaría una enormidad la gestión..." (II JED DDS, 02 de agosto de 2005)

MATRIZ DE SÍNTESIS - IMPLICANCIAS

Categoría	Ámbito	Implicancias en el Sistema de Gestión en Salud	Implicancias en la Política de RRHH
Infraestructura y Equipamiento	Condiciones Físico - Ambientales	<ul style="list-style-type: none"> - Crecimiento del espacio físico de los centros. - Mayores esfuerzos por mantener los espacios físicos en adecuadas condiciones de habitabilidad. - Mayor gasto económico para la mantención del sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de estrategias de mantención de ambientes laborales saludables.
	Tecnologías de la Información y Gestión En Salud	<ul style="list-style-type: none"> - Incorporación de nuevos Software en los procesos de la APSQ. - Modernización de los software existentes de acuerdo a las nuevas exigencias del sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación de los (as) funcionarios (as) en el uso de nuevos programas y tecnologías informáticas - Incorporar manejo informático dentro de los criterios de inclusión de personal.

- Categoría N° 2: CONDICIONES LABORALES

2.1 Condiciones Contractuales

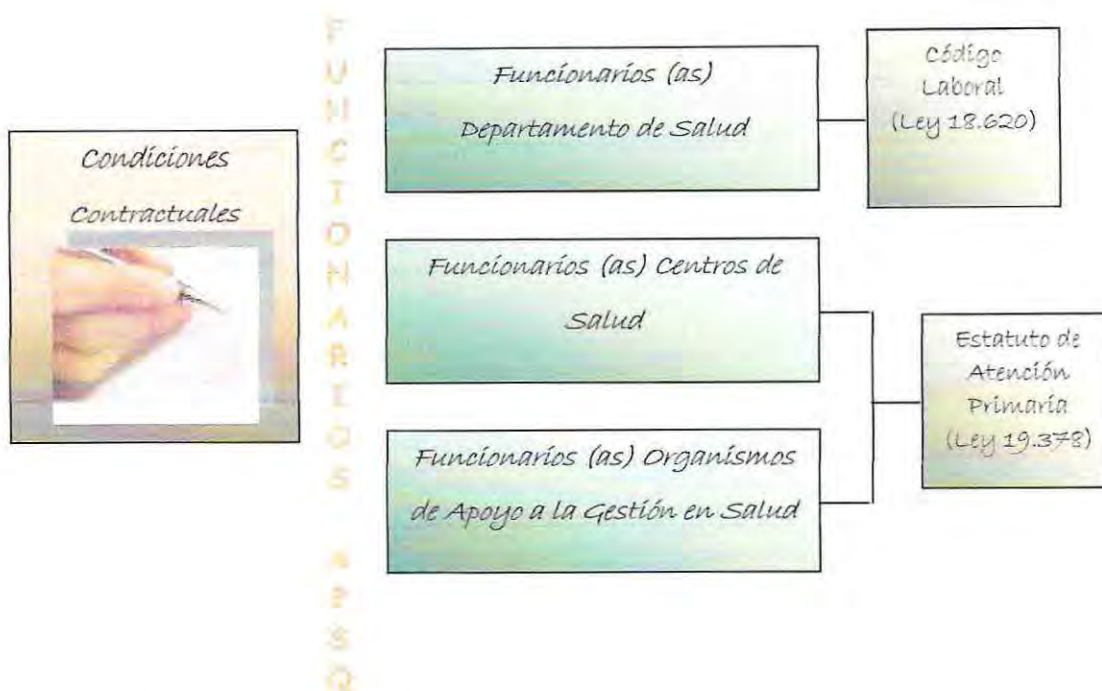


Figura 39: Condiciones Contractuales de los (as) Funcionarios (as) de la APSQ, según Centro en el que desempeñan su quehacer laboral.

El sistema de contratos que opera en la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota se encuentra íntegramente normado por Ley de la República, por lo que no representa un acuerdo o una normativa interna del DDS, como empleador de los (as) trabajadores (as) del sistema.

Los (as) funcionarios (as) de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota rigen su condición contractual con el sistema mediante dos modalidades establecidas cada una por ley. Existe una distinción entre los (as) funcionarios de la APSQ en cuanto a la normativa que rige su relación laboral, por una parte el personal que desempeña sus labores en el Departamento de Salud, rige su accionar por medio del Código Laboral, estableciendo en el artículo N° 7 de la ley N° 18.620, si por alguna razón existiese un vacío en cuanto a algún tema en particular su normativa supletoria estará sujeta al Estatuto Municipal. Por otra parte, y según las propias impresiones de los (as) funcionarios (as) del sistema, quienes poseen mayores conflictos en relación al tema de las condiciones contractuales son

aquellos (as) funcionarios (as) que desarrollan su labor en los diferentes centros dependientes del DDS, especialmente Centros de Salud, ya que las instituciones de apoyo a la gestión en salud, como son el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura y la Plataforma de Gestión Familiar cuentan mayoritariamente con funcionarios (as) fijos.

Los trabajadores (as) de los centros dependientes del DDS rigen su relación laboral, a través de la ley N° 19.378 o Estatuto de Atención Primaria, la cual contempla la contratación por medio de cuatro modalidades: Indefinidos o de Planta, Plazo fijo o a Contrata, por reemplazo o a honorarios.

Dentro de estas modalidades la que mayor descontento produce en los (as) funcionarios (as) del sistema es la contratación de personal por Plazo fijo o a contrata.

Esta visión negativa se genera principalmente debido a que una proporción de los (as) trabajadores (as) del sistema son contratados por cortos períodos de tiempo, dado que dentro de esta modalidad se encuentra la contratación que se desprende de los requerimientos de los programas ministeriales, los que otorgan dentro de sus bonos en dinero, un excedente para contratación de personal para dichos programas. Esta situación genera incertidumbre e inestabilidad en este segmento de trabajadores (as) del sistema, lo que en la mayoría de los casos produce cuadros de Stress en dichos funcionarios (as). Este segmento se encuentra principalmente compuesto de personal Administrativo, los cuales poseen contratos a plazos fijos y su continuidad depende de la evaluación de desempeño que se le realice a cada trabajador (a), sin embargo en la mayoría de los casos estas personas se mantienen por periodos prolongados de tiempo dentro del sistema, renovándose continuamente sus contratos de trabajo.

"... Los distintos tipos de contrato no dan mucha seguridad, los que están por plazo fijo siempre tienen la inseguridad de si continúan o no, y eso genera stress..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

"... Obviamente sería mejor si tienes un contrato indefinido, pero ser a plazo fijo te obliga a hacer bien tu trabajo, a dar lo mejor de ti para asegurar tu continuidad y eso también es bueno porque aprendes a ser eficiente... A mí me ha servido, en lo personal, para poder ir mejorando ..." (ED APSQ, Folio N° 03)

De acuerdo al planteamiento de los (as) funcionarios (as), la principal problemática que se plantea en este punto es que la modalidad de contrato a plazo fijo, en la que se encuentra un porcentaje significativo de funcionarios(as), cercano al 49 %, no permite una proyección laboral y familiar para los (as) trabajadores (as) que se encuentran en dicha situación.

"... Cómo vas a pensar en tener tu casa propia, si no sabes si el próximo mes vas a tener trabajo o no, eso evidentemente genera ansiedad en los funcionarios y eso se traspasa a nuestras familias..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005).

"... Tal como te lo decía, la mayoría de los trabajadores son a plazo fijo, lo que genera una tremenda inseguridad en algunos, la mayoría porque no saben exactamente si van a estar o no..." (ED APSQ, Folio N° 03)

Lo expuesto anteriormente se presenta como una alta fuente generadora de problemas de salud mental, en donde la más recurrente es el stress, éste es uno de los males modernos de la sociedad actual, generador de diversas patologías, así como también de ausentismo laboral, falta de motivación para el trabajo y en muchos casos un impedimento en la eficiencia de las tareas que se deben realizar. Por tanto las condiciones contractuales son un referente importante en la vida laboral de los (as) trabajadores (as) y por ende representa un impacto real y una preocupación para el área de Recursos Humanos del DDS.

Por otra parte la incertidumbre en la continuidad de los puestos de trabajo, además de afectar en la productividad de las funciones que se realizan, afectan

directamente en la calidad de las atenciones que se entregan a los (as) usuarios (as) del sistema.

"... No es algo de lo que te estés quejando todo el día, pero obviamente tú sabes que no tienes seguro el trabajo para el próximo mes o año y eso te afecta, tu ánimo no es el mejor, tu energía es otra y eso también lo notan las personas que reciben atención, nuestros compañeros de trabajo, nuestros jefes y nuestras familias..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005)

Por otra parte, la condición contractual conlleva a la existencia de ciertos roces entre los (as) funcionarios (as) del sistema, que cuentan con uno u otro régimen de contrato, debido a que consideran que el rendimiento y/o desempeño de cada trabajador se encuentra íntimamente ligado al tipo de contrato con el que se cuenta.

"... Yo considero que quienes tienen contrato a plazo fijo deben esforzarse mucho más por realizar un buen trabajo, porque los de planta tienen asegurado su trabajo, por lo que en ciertos casos no se esfuerzan mayormente por realizar de buena manera su trabajo..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005)

"... La gente de planta está segura en su puesto de trabajo y no se esfuerza por hacer mejor su trabajo, algunos solo lo hacen, en cambio quienes están en constante presión por la nueva contratación deben poner lo mejor de sí para no salir del sistema..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005)

2.2 Carrera Funcionaria

La Carrera funcionaria de la APSQ está compuesta por una compleja estructura que busca asegurar el desarrollo laboral de los (as) funcionarios (as) que ingresan al sistema por medio de concurso público, es decir, aquellos que poseen contrato indefinido o son trabajadores (as) de planta del sistema.



Figura 40: Elementos que componen la Carrera Funcionaria de la APSQ.

La Carrera Funcionaria de la Atención Primaria de la Comuna de Quillota, tiene como componentes de ésta dos elementos que otorgan puntaje cuya suma otorga un puntaje final, el cual le permite a los (as) funcionarios (as) del sistema ascender de grado.

La Carrera Funcionaria está compuesta por la capacitación y los años en el sistema, los cuales se establecen por bienios, reconociendo como máximo 15 bienios, o sea 30 años de servicio.

En cuanto a la capacitación, el puntaje es otorgado en base a tres elementos, como son: el grado de complejidad del curso o de la capacitación, la cantidad de horas que posee y la calificación obtenida por el funcionario (a). Cada estamento ya sean profesionales (Estamento A y B), Técnicos en Salud (Estamento D), Administrativos (Estamento E) y Auxiliares de Servicio (Estamento F) posee su propia Carrera Funcionaria, la cual se distingue por la cantidad de puntaje entre un tramo y otro. Sin embargo todas van desde el grado 15 al 1, por lo que en el momento de ingresar al sistema se comienza en el grado 15.

Los (as) trabajadores (as) de la APSQ conocen la importancia que tiene para ellos (as) la Carrera Funcionaria en cuanto a su desarrollo laboral dentro del sistema y también conocen el ascenso en grado a la que lleva. Sin embargo, el grupo de personas que conoce a cabalidad como opera este sistema es mínimo, el cual está principalmente conformado por profesionales.

"... La carrera funcionaria es importante para nosotros, porque representa la oportunidad de ascender en el sistema, de acuerdo a nuestra experiencia y capacitación..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005)

Pese a que la Carrera Funcionaria representa la única oportunidad de ascender en grado dentro del sistema, existe un desconocimiento por parte de los (as) funcionarios (as) acerca de los elementos que la componen y como se accede a los niveles superiores, por lo que en general existe un desconocimiento masivo de los diversos temas que comprende dicho sistema.

"... La verdad es que yo no conozco la carrera funcionaria, se que hay algo de unos grados, pero la verdad es que no tengo mayor conocimiento..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

"... La mayoría de los trabajadores no sabe de la carrera funcionaria, en qué consiste, quiénes participan, por lo que es necesario buscar la forma de que todos la conozcan, porque es un derecho de los trabajadores..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Las opiniones son coincidentes y expresan que el DDS debiera difundir la información y asegurar a los nuevos funcionarios (as) que ingresan al sistema cuenten con la información respecto de los elementos que afectan o inciden en su vida laboral dentro del sistema.

"... Cuando uno entra al sistema deberían explicarte todas estas cosas, porque si es tan importante nosotros como trabajadores debemos manejarlo, porque de lo contrario ¿cómo podemos exigir o cumplir con lo que nos toca? ..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005)

"... Falta que nos capaciten en la carrera funcionaria, porque no sabemos sobre ella..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005)

Sin duda la principal responsabilidad recae en el Departamento de Salud Municipal de la comuna, como ente regulador y administrador de la APSQ, en cuanto a difundir y a capacitar respecto al tema, sin embargo, los propios funcionarios (as) también poseen una gran cuota de responsabilidad frente al desconocimiento del tema, por no contar con la iniciativa propia de conocer acerca de sus beneficios y derechos dentro de su propia vida laboral, por lo que la desinformación y el desconocimiento acerca de la Carrera Funcionaria es una responsabilidad compartida entre el DDS y los (as) trabajadores (as) del sistema.

"... También es responsabilidad de uno como funcionario de la APSQ saber y preguntar de estos temas, porque al final es un beneficio de nosotros y para nosotros..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005)

"... O sea sí, el sistema, el DDS, debería tener un mecanismo de información, ya sea folletos, un manual o qué se yo, que permita a los funcionarios conocer la carrera funcionaria de forma clara, que esté disponible para todos los funcionarios, pero también es responsabilidad de nosotros el informarnos, el buscar o solicitar que nos expliquen, eso es cosa de nosotros, y eso sólo depende de nuestro interés por conocer de la carrera funcionaria, y que hasta el momento no se ha visto ..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

"... Reconozco que en parte, es culpa de nosotros mismos como funcionarios, porque no hemos preguntado, yo no me he informado, se que el Departamento ha hecho algunas reuniones para explicar, pero la verdad no he tenido mayor interés por averiguar..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Por otra parte, quienes manejan mayor información sobre la Carrera Funcionaria plantean que este régimen no es viable considerando las condiciones que el actual sistema de APSQ ofrece, en relación a que contempla la capacitación como uno de los elementos principales para lograr un ascenso de nivel, sin embargo, la APSQ no posee un sistema sólido de capacitación, lo que evidentemente dificulta a los (as) funcionarios (as) el poder cumplir con la cantidad necesaria de puntaje para ascender de nivel. Lo anterior genera las principales críticas desde los (as) trabajadores (as) hacia el sistema respecto al tema.

"... Las capacitaciones son escasas, casi nulas, por lo tanto el sistema no funciona y eso impide la movilidad de nosotros como trabajadores dentro de la carrera funcionaria..."
(JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

"... Resulta que para subir de nivel te piden mil puntos en capacitación, por ejemplo, pero la única capacitación a la que la mayoría de los funcionarios tienen acceso son las Escuelas de Temporada, que no se han hecho hace bastante tiempo, entonces, ¿cómo cumples con ese requisito? ..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Otro de los aspectos cuestionados dentro de la Carrera Funcionaria es el lento ascenso entre un nivel y otro, estancando a la mayoría de los (as) funcionarios (as) por largo tiempo en un nivel, lo que pasa principalmente, y como se expuso con anterioridad, por la ausencia de puntaje en la capacitación, dado que el otro elemento como son los años en el sistema está dado solo por la permanencia en el sistema. La carrera no permite el ascenso sin la cantidad de puntaje necesario en ambos aspectos, lo que definitivamente coarta de manera decisiva la movilidad de grados de los (as) funcionarios (as) dentro de la institución.

"... Uno no avanza nunca de un nivel a otro por que la cantidad de puntaje es muy alta y cada vez se hace más difícil ascender, por lo que llega un momento en que uno se estanca y no puede avanzar más..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Por otra parte ambos componentes se ven limitados en su accionar. En cuanto a los años en el sistema, la Carrera Funcionaria solo reconoce 15 bienios, o sea, treinta años de servicio y si consideramos que el promedio de personas comienza su vida laboral entre los 21 y 25 años, de mantenerse siempre en la APSQ al momento de sus jubilación dejarían de reconocerle una gran cantidad de años de trabajo.

En relación a la Capacitación ésta también posee un límite de reconocimiento que alcanza los 150 puntos como máximo en un año, independientes si la capacitación en el caso de los profesionales viene dado por un postgrado, ya sea magíster o doctorado. Por otra parte los puntos no son acumulables para el año siguiente por lo que en el caso de realizar estudios formales de gran complejidad el puntaje otorgado no superará los 150 puntos.

"... Si haces un magíster o un doctorado, solo te permiten cumplir con el puntaje de ese año, y con el máximo de los 150 puntos, aunque el curso sea de alta complejidad, igual es injusto porque se supone que si haces un esfuerzo de esa magnitud deberían reconocerlo y saldar tu capacitación de los años siguientes..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Por otra parte, la visión del Equipo Directivo respecto al tema difiere de las percepciones que en gran medida otorgan los (as) funcionarios (as) al tema de la Carrera Funcionaria. Los directivos de la APSQ consideran que es necesario contar con los dos elementos que la componen, dado que estiman que la ausencia de alguno de ellos permitiría el rápido ascenso de los (as) funcionarios (as), lo que conllevaría que en algún momento el sistema no pueda sustentarse debido a que la gran mayoría de los (as) trabajadores (as) se encontrarían en los niveles más altos de la carrera y por ende percibirían mayores remuneraciones, las cuales en algún momento el sistema no podría costear. Lo anterior constituye un nudo crítico entre la relación del Equipo Directivo y de los (as) funcionarios (as), principalmente por las versiones contrapuestas que se dan respecto al tema.

2.3 Sistema de Calificaciones

Dentro de la APSQ, la palabra "calificación" posee una connotación más negativa que positiva entre los (as) funcionarios (as) del sistema, generando un sinnúmero de inquietudes y resquemores. Un cantidad importante de funcionarios (as), pertenecientes a todos los estamentos consideran que el actual Sistema de Calificación no es una fortaleza de la organización y mas bien se convierte en un elemento de críticas y disconformidad por parte de los (as) trabajadores (as) de la APSQ.

El Sistema de Calificación se realiza en todos aquellos funcionarios (as) que poseen contrato indefinido o a plazo fijo con la institución y que llevan dentro del sistema un período de tiempo superior a seis meses. El proceso contempla la evaluación de los (as) funcionarios (as) entre los meses de agosto de un año a septiembre del próximo y es realizada en una primera instancia, por los respectivos directores (as) de cada centro. Esta primera etapa se denomina proceso de pre - calificación en la cual se otorgan conceptos en las diferentes categorías que se estipulan, posteriormente y como parte del proceso de calificación, una mesa técnica en la que participa el encargado (a) de cada funcionario (a) y otros evaluadores asignan una nota a partir de categorías y de los conceptos de la pre - calificación. Cada estamento posee su propia pauta de evaluación, así como también el Equipo Directivo.

Según la calificación obtenida cada funcionario (a) se ubica en listas que van desde la 1 a la 4 en donde los mejor calificados se encuentra en la lista N° 1 y los de más bajo desempeño en la N° 4. Pese a que la mayor parte de los (as) funcionarios considera que el sistema es injusto y no se siente conforme con la nota obtenida, ningún funcionario (a) del sistema se encuentra en lista 4 y la mayoría de éstos forman parte de la lista 1 y 2.

"... Es extraño que la gente critique tanto el sistema de Calificaciones porque en este momento nadie se encuentra en lista 4 y el 60% está en lista uno..." (II JED DDS, 02 de julio de 2005)

"... Yo también creo que las calificaciones no son objetivas, pero en un sentido distinto que los funcionarios, yo creo que si las calificaciones fueran objetivas no tendríamos al 60% de los trabajadores en lista 1, al 30% en lista 2, al 10% en lista 3 y ningún funcionario en lista 4, si fuésemos estrictamente objetivos con las calificaciones la escala sería inversa..." (II JED DDS, 2 de agosto de 2005).

El problema con el sistema se genera principalmente por el incentivo económico que se entrega a partir de la calificación. Dentro de aquellos funcionarios (as) que quedan en lista 1, aquel porcentaje con más alta calificación dentro de la lista recibe un bono en dinero por el buen desempeño realizado por el periodo evaluado, factor que genera la tensión entre los (as) funcionarios (as) del sistema, dado que cada uno de los (as) trabajadores (as) del sistema considera realizar una labor eficiente y de alto desempeño, por lo que todos desean recibir este incentivo como reconocimiento a su labor.

"... El tema genera tanta controversia por que hay un tema económico de por medio, si no nadie se preocuparía mucho de la lista en que quedara, considerando que para que exista un despido se debe estar tres veces en lista cuatro y es muy difícil que alguien sea calificado así..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005)

Los (as) trabajadores (as) del sistema, poseen la opción de apelar a su calificación en el caso de que ésta no cumpla con lo esperado, sin embargo, el número de apelaciones es menor para la cantidad de funcionarios (as) que atraviesa por el proceso de calificación.

Por otra parte las principales críticas que los (as) funcionarios (as) realizan al sistema son dirigidas hacia la poca claridad existente en la aplicación de las pautas de calificación, además perciben que las calificaciones son poco objetivas, y que no permiten reconocer en forma concreta el aporte que cada funcionario hace al sistema. Por el contrario, a juicio de los (as) trabajadores (as), las calificaciones se basan mayormente en la cercanía o simpatía desde quien califica hacia el funcionario (a) que es calificado (a), lo anterior genera incertidumbre en los miembros del sistema, quienes aluden que lo anterior genera que los resultados del proceso beneficien en la mayoría de los casos al mismo segmento de personas.

"... La verdad es que no se entienden las calificaciones, además no miden la capacidad o calidad de los funcionarios al desempeñar sus labores, es demasiado subjetivo y muchas veces influye si a la persona que te califica le caes bien o mal ..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

"... La calificación no mide o no refleja la preocupación y compromiso con la institución, tampoco el avance que haya logrado un funcionario en su trabajo..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

"... En las calificaciones pesa más si le agradas o no a quien te califica que tu trabajo, también ha pasado que puedes haber estado todo el año haciendo bien tu trabajo y resulta que la semana anterior a que te califiquen cometes un error, ese error es el que va a pesar en tu evaluación y no el año de buen desempeño..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005)

"... El principal problema de las calificaciones es que siempre son iguales, siempre son los mismos los que sacan las mejores evaluaciones y es "sospechoso" que siempre sean las personas que uno sabe tienen una relación más cercana a los jefes, entonces no son objetivas..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

Por otra parte, la fecha de entrega de los resultados del sistema es altamente cuestionada, debido a que el mes escogido para este proceso es diciembre y en la mayoría de los casos recae cercano a la fiesta de Navidad.

"... Con este sistema de calificación queda la escoba, porque es muy desagradable en diciembre, porque el 24 está la gente enojada, llorando, hacemos un cóctel y resulta que están todos enojados con los compañeros, con los jefes, entonces pienso que no es un mes apropiado..." (EPC DDS, Folio N° 08).

Así también, existen reparos sobre el incumplimiento de los plazos en la entrega de los resultados de las calificaciones y sus respectivas apelaciones, generando un mayor descontento del proceso por parte de los funcionarios (as) del sistema.

"... Ahora, los plazos no se cumplieron, todavía no se sabe el resultado de las apelaciones del año pasado, entonces ¿cómo, con qué respaldo hacen las de este año? ..." (EPC DDS, Folio N° 08).

Desde el punto de vista del Equipo Directivo, cabe destacar que las opiniones son diversas, aunque también son mayores las percepciones negativas sobre este tema, algunos directivos consideran que este elemento no se utiliza como una verdadera herramienta de evaluación de la gestión, la cual permita hacer más eficiente la APSQ, si no como un proceso que debe realizarse porque es parte de la dinámica que por años a llevado el sistema.

"... Tenemos que hacer efectiva la evaluación de los funcionarios, a través de un sistema que no sea sólo cumplir con la formalidad, sino que sea realmente una herramienta de gestión para los distintos establecimientos, porque de qué te sirve estar evaluando personal, si al final de cuentas no lo usas como herramienta para mejorar tu gestión... yo no puedo esperar una vez al año, una entrevista para poder expresarle a un trabajador si estoy o no conforme con lo que él está haciendo y a lo mejor, escuchar si el funcionario entiende o no lo que yo le estoy pidiendo, y eso no existe..." (Entrevista Directores Centros APSQ, Folio N° 03)

Difícil resulta lograr consenso sobre este tema, especialmente si se considera que no está dentro de los planes a corto plazo de los directivos del DDS el hacer una revisión o modificación al sistema de calificaciones, por lo que sólo resta clarificar los criterios de evaluación y dar a conocer el sistema de calificación a todos los (as) funcionarios (as) de la APSQ.

2.4 Sistema de Capacitación

La permanente formación y capacitación del Recurso Humano, es imprescindible para cualquier institución, sin importar el rubro en el que se desempeñe. Como institución de salud, esta se ve continuamente expuesta a constantes cambios y nuevas exigencias. La capacitación que reciben los (as) funcionarios (as) de la APSQ es un elemento importante para su desarrollo y mantención, pero contradictoriamente no se ha logrado consolidar un sistema eficiente dentro del sistema.

Tal vez la explicación a esta situación es que, si bien, la ley estipula que como organización, la APSQ debe autorizar a sus trabajadores (as) para que accedan anualmente a capacitación, durante 5 días como máximo, esta no está obligada a entregar dicha capacitación, es decir, no necesariamente es el sistema el que deba proveer instancias de capacitación para sus funcionarios (as).

"... A ver, el DDS tiene la obligación de autorizar a sus funcionarios una cierta cantidad de días, me parece que son 5 días, de permiso para capacitación, pero no es obligación del Departamento el realizar acciones de capacitación y eso la gente no lo sabe y lo exige..." (II JED DDS, 02 de agosto de 2005)

Resulta contradictorio en este punto conocer que el DDS, pese a realizar cuando los recursos lo permiten una capacitación anual para sus trabajadores, se desliga de la obligación de ser este el que garantiza la capacitación de sus funcionarios (as) al no estar establecido por ley, pero de igual manera considera ésta como uno de los elementos necesarios para ascender en la propia Carrera Funcionaria creada por la APSQ. Si bien el acceso a la capacitación en la mayoría de los casos no representa una dificultad para el segmento de profesionales que realiza sus funciones dentro del sistema, el acceso a esta por parte de técnicos y principalmente de administrativos y auxiliares de servicio se torna complejo y casi nulo, por lo que el DDS debiera asegurarse de ofrecer formas de capacitación a

este grupo de trabajadores (as), si se considera elemento indispensable en el ascenso de la Carrera Funcionaria.

Dentro de las líneas del DDS y de modo de solucionar el bajo acceso de los (as) trabajadores (as) a Capacitación, la APSQ contempla como herramienta de instrucción, la realización anual de una "Escuela de Temporada", a la que puede asistir un número determinado de funcionarios (as), sin embargo estas escuelas no han tenido la periodicidad deseada; pues si bien la última se realizó en septiembre del año en curso, anterior a ésta no se realizaba desde el año 2002. La razón de su prolongada suspensión se debe principalmente a no contar con los recursos económicos necesarios para desarrollar una actividad de esta envergadura, la cual contempla además de la capacitación en sí, estadía completa para aproximadamente 50 personas por 3 días.

"... Hasta el momento ellos han tratado de cumplir, lo que pasa es que el DDS muchas veces quiere hacer las cosas y no hay presupuesto, entonces no me parece que no estén cumpliendo, me parece que la falta de recursos hace que no cumpla..." (EPC DDS, Folio N° 08)

Como se expuso con anterioridad, el principal conflicto del sistema en cuanto al tema se produce en el acceso a capacitación, donde la gran mayoría de los funcionarios (as) de la APSQ, especialmente los pertenecientes a las categorías D, E y F (Técnicos Paramédicos, Administrativos y Auxiliares de Servicio, respectivamente) no logran acceder a otras alternativas de capacitación más que a las Escuelas de Temporada, por lo que si ésta no se ejecuta, una gran cantidad de trabajadores (as) no recibe capacitación.

"... Si desde el DDS no se nos capacita, nosotros no podemos hacer nada, porque ¿de dónde sacamos nosotros cursos o actividades para asistir?... " (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005).

"... Yo creo que es el DDS el encargado de entregarnos capacitación, de acuerdo a los intereses que tenga respecto de la formación de nosotros como trabajadores, porque para nosotros es difícil conseguir capacitaciones de manera individual ..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

Para los profesionales que se desempeñan en el sistema, esta situación es diferente, ya sea por las características e intereses de cada uno, o bien por el hecho de que la mayoría de estos funcionarios (as) trabaja paralelamente en otros lugares, lo que les amplía las posibilidades de conocer y optar a cursos u otras instancias de capacitación, además de contar con ventajas económicas que les permiten poder invertir en instrucción relacionada con sus labores profesionales.

"... Para nosotros capacitarnos es algo más cercano, algo a lo que podemos acceder más fácilmente, en comparación a los otros funcionarios de la atención primaria, tanto por conocer más opciones, como por el tema económico, porque todos sabemos que para capacitarse de forma particular hay que invertir dinero ..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

También se plantea un problema de desinformación respecto de las posibilidades de capacitación que se ofrece para los (as) funcionarios (as) de salud municipal provenientes del SSVQ u otros organismos capacitadores, con lo que se desaprovecha la oportunidad de acceder a cursos u otras actividades de interés para la APSQ y sus funcionarios (as).

"... Yo sé que en otros sistemas de APS de otras comunas, cada mes llega un informativo, una lista con cursos, seminarios, capacitaciones, con toda la información necesaria, valor, fecha, lugar, pero acá yo no he visto eso..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

"... Si ha llegado esa clase de información, el problema es que cuando llegan hasta los

funcionarios o quien corresponda ya están atrasados, los cursos ya se hicieron o ya se completaron los cupos..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Como se puede apreciar, el sistema de capacitación es un punto de conflicto para la APSQ, a juicio de los (as) funcionarios (as), el sistema se siente en deuda con ellos (as) en este punto y la visión de los Directivos es que si bien la situación no es idónea, se hace lo posible en relación a los recursos disponibles en el sistema, y aluden a que en varias ocasiones los (as) funcionarios (as) no han sabido aprovechar las oportunidades de capacitación que se les ha ofrecido, desvirtuando el objetivo de las escuelas de temporada, convirtiéndolas en un tiempo de descanso y recreación excesiva.

"... Lo que pasó es que parte del personal se salió de las casillas, el problema es que por un grupo dejaron mal a todos... el director dijo que no habían dado resultado en el aspecto... "jarana..." (Entrevistas Personas Claves DDS, Folio N° 08).

Por su parte, los (as) funcionarios (as) consideran que por todos los cambios que ha experimentado la APSQ, ellos no han participado en un proceso de aprendizaje que les permita adecuarse y afrontar dichos cambios, tanto los producidos por la Reforma de Salud, como los derivados de la implementación del Modelo Local de Salud de la comuna.

"... Antes que nada deben capacitar, ahora no todos los funcionarios saben lo que es el AUGE y estamos trabajando en el AUGE, pero no sabemos cómo es, cómo funciona. antes de empezar con un nuevo plan de trabajo tienen que tener comunicación con nosotros, porque quiénes son los actores, somos nosotros y si los actores no saben... pídale a cualquier funcionario que le explique el AUGE, habrán 2 o 3, pero el resto ..." (EPC DDS, Folio N° 08).

"... Todos y cada uno de los funcionarios debe conocer al revés y al derecho el sistema

en el que trabaja, no de forma minuciosa, pero si en general, qué ocurre o cómo trabaja cada centro, qué hacen las diferentes unidades, y para eso se requiere capacitación y tiene que venir desde arriba, porque si ellos no nos enseñan, de dónde vamos a aprender el resto de los funcionarios, cómo vamos a cumplir con nuestras obligaciones de buena forma ...” (JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

Un elemento que se hace necesario establecer como permanente dentro del Sistema de Capacitaciones de la APSQ, es un mecanismo por el que el funcionario (a) capacitado pueda compartir y exteriorizar lo aprendido hacia otros miembros del sistema, de acuerdo a la importancia y ámbito de la capacitación realizada.

“... La idea es que el que se capacite pueda entregar lo aprendido al sistema, porque si se capacita no es sólo por motivos personales, es para hacer más eficiente al sistema, entonces que pueda hacer réplicas a su equipo de trabajo más cercano o proyectos para implementar en el sistema si la capacitación es más compleja...” (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Sin duda, la implementación de esta normativa dará un valor agregado a las capacitaciones que realicen los diversos funcionarios (as), además de permitir capacitar, aunque de manera informal, a un mayor número de trabajadores (as) del sistema.

Si bien la APSQ ha realizado ciertos esfuerzos por mantener en constante retroalimentación el sistema y en bajar y difundir la información relacionada con las nuevas formas de operar o de trabajar en salud, no todos los (as) funcionarios (as) poseen la disposición de conocer y hacerse cargo de estas nuevas formas en la gestión, ya sean internas y/o propias del sistema o externas. Por lo anterior es que la administración del DDS pretende buscar la forma en que tanto el sistema como los propios funcionarios (as) realicen esfuerzos conjuntos que les permita un avance tanto individual como general del sistema, incorporando planes de capacitación

en períodos de tiempo que por una parte sea parte del horario laboral y por otra cada funcionario (a) destine un lapso de su tiempo libre para la realización de actividades masivas de capacitación.

"... La idea podría ser que capacitáramos con aportes del sistema y de los mismos trabajadores, o sea un esfuerzo conjunto por ejemplo detener las labores a las 16:00 y que la capacitación se extendiera hasta las 19:00, así cada uno aporta con una hora y treinta minutos..." (II JED APSQ, 02 de julio de 2005).

MATRIZ DE SÍNTESIS - IMPLICANCIA

Categoría	Ámbito	Implicancias en el Sistema de Gestión en Salud	Implicancias en la Política de RRHH
Condiciones Laborales	Condiciones Contractuales	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de contrataciones a Plazo fijo o por programas. - Sistema opera con una mayor cantidad de funcionarios (as) con Stress laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de mecanismos en el manejo del Stress a modo de contrarrestar los efectos de la inestabilidad laboral.
	Carrera Funcionaria	<ul style="list-style-type: none"> - No existen implicancias en este ámbito. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mecanismo de capacitación en torno al tema de la Carrera Funcionaria - Entrega de información a las nuevas contrataciones.
	Sistema de Calificaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Disconformidad funcionaria por el actual sistema de capacitación del sistema. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrega oportuna de información respecto de cómo opera el sistema de calificaciones. - Revisión periódica del sistema de calificaciones. - Difusión de la pauta de pre - calificaciones y calificaciones. - Incorporación de una autoevaluación funcionaria (a). - Incorporación de un sistema de evaluación a los jefes directos por parte de los (as) funcionarios (as). - Desarrollo de un incentivo laboral distinto a la retribución económica.

Categoría	Ámbito	Cambios en el Sistema de Gestión	Implicancias en la Política de RRHH
Condiciones Laborales	Sistema de Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> - Modificación permanente del escenario en que los (as) funcionarios (as) desarrollan sus labores. - Multiplicidad y complejización de funciones para los (as) trabajadores. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitación permanente para los (as) funcionarios (as), acorde a las exigencias que se presentan en el desarrollo de sus actividades. - Información oportuna de alternativas de capacitación para los (as) funcionarios (as) de las diversas categorías. - Coordinación con organismos pertinentes para ejecución de capacitaciones de acuerdo a intereses y requerimiento del sistema. - Incorporación de un mecanismo de réplica de la capacitación recibida de acuerdo

▪ Categoría N° 3: CLIMA LABORAL

3.1 Cultura Organizacional

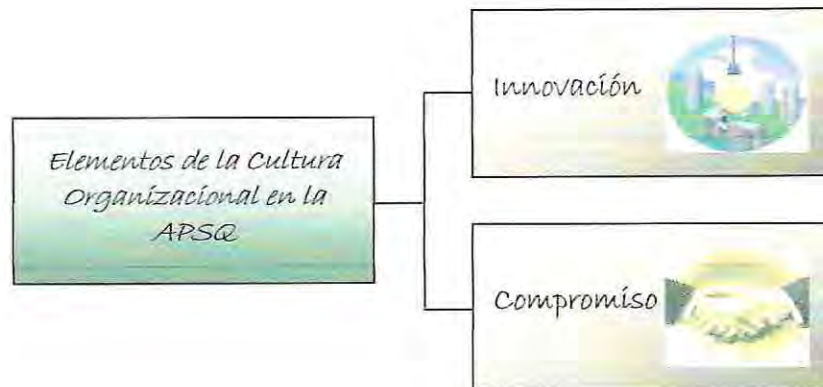


Figura 41: Elementos que distinguen la Cultura Organizacional de la APSQ.

3.1.1 Innovación

La APS de la comuna de Quillota se ha caracterizado por años por su interés en renovar y adecuar la gestión a la realidad local, con el fin de abordar la salud como parte central del Plan de Desarrollo Comunal, por lo anterior se asume el tema de la innovación casi como un valor y como la principal fortaleza dentro del sistema. Sin embargo cabe mencionar que el término innovación no es un componente propio del sistema como tal, si no que responde a una característica propia de la forma en como la dirección del establecimiento ha asumido su administración. La respuesta del por qué de la incorporación de la característica en el análisis responde básicamente a que el Equipo Seminarista considera ésta como una ventaja del sistema para enfrentar los continuos y nuevos cambios que se dan a nivel de gestión en salud, por otra parte, marcan un componente importante del sistema en virtud que la gran cantidad de avances de la APSQ se han dado bajo esta mirada y porque el anterior es un concepto arraigado en los trabajadores (as) del sistema.

"... Lo que pasa es que acá, desde hace tiempo, pero especialmente desde que está Víctor Alvarado como director, existe la visión de que los procesos se deben adecuar a lo que pasa en la comuna, obviamente eso nos ha hecho innovar en muchos aspectos, nos ha hecho hacer las cosas como nosotros consideramos que se adecuan más a nuestra realidad..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

Esta opción ha llevado a que la APSQ a lo largo de su historia haya atravesado por diversas etapas o hitos que han marcado su accionar y el de sus trabajadores (as). El primer gran cambio y quizás uno de los más importantes en lo que a innovación se refiere principalmente por ser pioneros en el país, viene dado por la época de la "Reingeniería", etapa que se caracterizó por la incorporación de tecnología principalmente informática, como también la incorporación de avances en telefonía y en el ámbito técnico, con lo que se informatizaron los tareas y procesos de la APSQ, este gran cambio permitió mejorar el acceso y aumentar la cobertura del sistema, así como también aumentar la calidad de los servicios prestados.

"... Bueno en el año 95' -96' nosotros desarrollamos el tema de la reingeniería, y eso fue un salto no solo cuantitativo si no fundamentalmente cualitativo, o sea, nos pusimos en términos de gestión, a un nivel que solamente se comparaba con lo que había pasado en Las Condes, por ejemplo, con un escenario completamente distinto, y eso fue un cambio demasiado grande..." (EPC DDS, Folio N° 11)

En años posteriores, específicamente en el año 2000, se da inicio a una nueva etapa de innovación para la APSQ, en donde se planteaba la idea de modificar el actual sistema de atención por medio de una Reforma Local de la Salud Primaria, cuya principal característica era la implementación de un modelo propio, basado en la Promoción de Salud y Garantías Ciudadanas, cuyo máximo referente era la división y especialización de los centros de salud urbanos, concentrando el diagnóstico y el ámbito curativo en un centro y la promoción y prevención

en salud en otro centro, a esto se agregaba también la creación de la Plataforma de Gestión Familiar, como instancia articuladora del nuevo sistema, incorporando el trabajo con familias a la salud, y por otra parte, formalizando la existencia del Centro de Promoción de la Salud y la Cultura, dedicado a fortalecer la integración ciudadana como parte fundamental del proceso de salud de las personas y del nuevo modelo de APS.

"... Yo creo que por ahí va el desafío, cómo cambiamos nuestra estructura para adaptarnos a los cambios que no son sólo internos, sino que externos, porque el mundo ha cambiado y va a seguir cambiando rápidamente y tenemos que adaptarnos, pero también generar nosotros los cambios, porque eso es la innovación, lo otro es adaptación ...". (EPC DDS, Folio N° 09).

Esta característica de innovación ha sido percibida por algunos organismos que trabajan constantemente con el tema de la innovación y reconocida desde ese ámbito.

"... En el año 2002 recibimos un premio como comuna saludable, en el Congreso de Promoción de Huechuraba y el año 2004 recibimos el Premio a la Innovación en Ciudadanía, de la Fundación Nacional para la Superación de la Pobreza, esos dos hitos son súper importantes porque hablan de reconocimiento por nuestra gestión marcada por la innovación...". (EPC DDS, Folio N° 09).

Sin embargo, estos cambios no han estado exentos de dificultades y aunque el cambio respondía por una parte a los requerimientos propios de adecuación del sistema al entorno, por otra parte y hacia el exterior representaba una propuesta a nivel municipal en lo que era Atención Primaria de Salud, por lo que el apoyo Municipal en el cambio fue fundamental para llegar a buen término. Por su parte los organismos supervisores de salud, como el Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota siempre mostró desconfianza frente al modelo y trabas para que este se

pusiera en marcha, lo que generó un número importante de dificultades y problemas.

"... Cuando vino el Presidente Lagos a inaugurar el último de los Centros de salud, el alcalde aprovechó de formalizar y presentar el Modelo de Atención, y la gente del Ministerio y del Servicio de Salud hervía, como si les hubieran tirado aceite caliente en la silla, nosotros aprovechamos esa visita para validar nuestro modelo políticamente, y previo a eso fue una etapa muy dura, llegamos a establecer formalmente las negociaciones y se firmó un documento, donde daba garantía que durante la visita del presidente no iban a ver problemas entre nosotros y el Servicio de Salud, el presidente no podía venir a algo que estuviera en un litigio entre la propia institucionalidad Municipal y Ministerial, eso yo diría que lo hacen pocos, eso fue para nosotros además dentro de esta lógica, las sensibilidades de que nos creemos súper innovadores, bien progresistas, eso para nosotros era bonito, que el propio presidente Lagos haya tenido la oportunidad de sentar nuestro Modelo de Atención, en el marco de la inauguración de un Centro de Salud, yo diría que eso es importante..." (EPC DDS, Folio N° 11)

Esta suerte de "disputa" con la Autoridad Sectorial provoca tensión especialmente entre los directivos del DDS, que son los que están en contacto directo con las diversas autoridades del sector y que representan la cara visible del sistema, por lo que son éstos los que deben responder ante sus interrogantes y buscar la forma de conciliar sus exigencias con la ejecución de la reforma comunal de salud, a fin de consolidar el Modelo Local de Salud.

"... Este proceso ha tenido distintas etapas, con distintos actores que han participado y que nos han provocado también algunos problemas, como es la posición que tuvo el SSVQ en toda la implementación de esto (Reforma Local de Salud), que nos llevó también a tener que responder muchas inquietudes con respecto a este nuevo sistema..." (EPC DDS, Folio N° 12).

Un elemento positivo dentro de este ambiente de adversidad, es que el modelo ha podido ser fortalecido, entendido y difundido entre los miembros del sistema, especialmente entre el Equipo Directivo del DDS, quienes al verse en la necesidad de demostrar el valor que este representa para la comuna, han debido realizar un importante ejercicio de análisis de las fortalezas y limitaciones del modelo propuesto, corregir sus principales falencias y buscar los puntos fuertes en los que poder apoyarse al momento de defender el nuevo Sistema de Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota.

"... Claro, porque hemos tenido que defender nuestro modelo en tantas partes que para eso es necesario un convencimiento nuestro de que éste realmente funciona y que es lo adecuado para la comuna..." (II JED DDS, 04 de agosto de 2005)

"... Si constantemente hay que demostrar que este modelo es viable, que es efectivo en nuestra comuna, que responde bien a la dinámica y realidad de Quillota, obvio que eso conlleva la creencia, de parte de nosotros de que el modelo es bueno, es eficiente y efectivo a corto y largo plazo..." (II JED DDS, 04 de agosto de 2005).

Ahora bien, respecto de la percepción de los (as) funcionarios (as) de la APSQ respecto de la innovación que ha marcado la historia del sistema, cabe destacar que si bien existe un apoyo y compromiso constantes en las instancias de cambio e innovación, de todas formas se han presentado algunos reparos o rechazos propios de los procesos de cambio que se han vivido, especialmente en el inicio de cada nueva etapa, debido a la inseguridad y ansiedad que genera en las personas cualquier experiencia que modifique su cotidianeidad familiar o laboral, como en este caso. Sin embargo, rápidamente los (as) funcionarios (as) asimilan de manera positiva las modificaciones que conllevan las innovaciones que se incorporan al sistema y aceptan estos cambios como un desafío tanto personal como laboral, el cual se traducirá en la mejora de su trabajo y del servicio que brindan a los (as) usuarios (as) de la APSQ.

"... Obviamente al principio los cambios son difíciles, hay inseguridad, no sabes bien como funcionan las cosas, pero a poco andar te das cuenta que el cambio es positivo, que hay mejoras y te va dando confianza, te va gustando la nueva forma de hacer las cosas..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

"... Además que te das cuenta que somos los primeros en muchas cosas, que después copian en otras partes, incluso a nivel nacional, como las líneas 800, claro al principio cuesta, hay críticas, pero después ves que la cosa funciona, que es interesante y te das cuenta que somos capaces de muchos cambios, de hacer cosas nuevas..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005).

La presencia permanente del tema de la innovación representa una oportunidad para la Política de Recursos Humanos a configurar, pues permite aprovechar la disposición de los miembros del sistema para implementar modificaciones que tiendan a mejorar la Gestión del RRHH en la APSQ.

3.1.2 Compromiso

De acuerdo al planteamiento de funcionarios (as) y directivos de la APSQ, la palabra compromiso es una de las más representativas del sistema, ya sea en relación al servicio que presta hacia los (as) usuarios (as) del mismo, como en referencia a la actitud que destacan dentro del desempeño de sus funciones.



Figura 42: Niveles de Compromiso al interior del Sistema.

El cambio permanente del sistema refleja el interés por adecuar su gestión a la realidad que vive la comuna de Quillota y específicamente a las necesidades que presentan los (as) usuarios (as) de la APSQ; con esta base se han desarrollado los procesos de Reingeniería y Reforma Local de Salud, incluyendo la reciente reestructuración del DDS, lo que resulta bastante lógico si se considera que en la medida que su accionar sea más cercano a las personas que atiende, podrá responder de mejor forma a las necesidades que éstos presenten en el ámbito de la salud personal y familiar.

"... Todo lo que hemos hecho como sistema es para que nuestros usuarios internos, pero especialmente los externos estén mejor, para poder dar una atención de calidad, porque tenemos un compromiso de calidad y respeto hacia ellos ..." (I JED DDS, 14 de julio de 2005).

"... Recuerdo una reunión de personal en que la unidad de Odontología expuso una transparencia en que aparecía un tipo grandote, fortacho que representaba al usuario y abajo, en el suelo, tirado, un hombre chiquitito, que era el funcionario, o sea, hubo funcionarios, no todos, que vieron todo este proceso de apertura hacia el usuario externo como una amenaza, pero pronto comprendieron que nuestra responsabilidad, nuestro compromiso es con las personas que atendemos..." (ED APSQ, Folio N° 07).

Respecto de los (as) funcionarios (as) del sistema, éstos consideran que su compromiso hacia la institución se refleja fielmente en el desempeño de sus funciones y en el apoyo irrestricto hacia los cambios que se han producido dentro del sistema.

"... Siempre los funcionarios han estado muy llanos a trabajar en todo lo que ordena el DDS en cuanto a las prestaciones, las metas, el nuevo modelo de salud ..." (EPC DDS, Folio N° 08).

"... Siempre nos hemos puesto la camiseta porque nos sentimos comprometidos con el sistema, porque al igual que los directivos, nosotros como funcionarios también somos

responsables de que las cosas resulten porque así a todos nos va bien..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005).

Dentro de este punto cabe destacar que el Equipo Seminarista pretende interiorizar en el sistema más que el concepto de "compromiso" el de "identidad con el sistema", pues el primero hace referencia a cumplir con obligaciones contraídas, en cambio, el segundo dice relación con una actitud más profunda, de aceptar la filosofía de la organización y hacerla propia, de modo que los (as) funcionarios (as) la incorporen en sus labores diarias y lo expresen hacia la comunidad.

3.2 Canales de Comunicación

La información y canales de comunicación, es un punto que mueve a la sociedad y dentro de una organización, se convierte en un instrumento estratégico para operar sobre la realidad y el futuro de la misma.

Sin duda, es necesario establecer canales o redes formales de comunicación, pues son las que deben ordenar las actividades y clarificar los procesos. La APS de Quillota obedece a un "conducto regular" similar al de la mayoría de las organizaciones, donde la información es transmitida ascendente o descendentemente a través de jefes directos o superiores jerárquicos. Sin embargo, es importante aclarar que la comunicación dentro de una organización no solo debe ser transmitida desde los altos niveles, si no que también debe viajar en forma inversa, es decir de trabajadores (as) a directivos, de modo de retroalimentar permanentemente al sistema en relación a los insumos necesarios para el cumplimiento de los objetivos.

"... El canal formal para la comunicación acá es a través de ordinarios, fax y las reuniones periódicas del equipo directivo, los directivos son los encargados de transmitir la información a los funcionarios y, a su vez, retroalimentar al sistema..."

(I JED DDS, 14 de julio de 2005).

"... La política ahora es todo por escrito, eso te da tiempo para ordenarte y responder de forma adecuada a los requerimientos...", (EPC DDS, Folio N° 09).

Sin embargo, los nuevos modelos en comunicación interna exigen una revalorización de aquellos agentes productores de discursos "no oficiales" que habitan dentro de la amplísima red tejida por las relaciones informales. Muchas veces los canales de comunicación obedecen a empatía natural entre las personas, más que a estructuras formales. La aceptación de esta red como parte integrante y necesaria de la vida organizacional se torna necesaria para poder aprovechar la riqueza de sus canales y transformar la comunicación en una ventaja que haga más eficiente el trabajo.

"... Como en toda institución acá también funcionan los canales informales, que a veces hasta son más eficientes que los formales, pero esa no es la idea, la formalidad es fundamental para el funcionamiento del sistema, para el orden y ver las prioridades..."

(JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

Las redes y los canales formales e informales son complementarios, se necesitan mutuamente, sin embargo, su convivencia no siempre es pacífica y deben tomarse ciertas precauciones, pues lo que ocurre, en el caso del Sistema de APSQ, es que muchas veces las redes informales superan a los canales formales, creando confusión, error en la información y desacuerdos entre funcionarios (as) y directivos.

"... Lo que yo he sentido, particularmente, dice relación con la demanda de respuesta inmediata vía teléfono y eso me ha estresado, porque la gente quiere inmediatamente una respuesta y yo quedo "plop", una porque no puedo dar una respuesta inmediata y otra, tal como decía Vivi yo soy parte de un equipo y la visión que opera en los establecimientos es que tú tomas decisiones solo y eso es lo que yo trato de parar, yo digo mira, mándalo por escrito y lo vamos a estudiar, lo vamos a consultar..." (EPC DDS, Folio N° 09)

Dentro de un sistema como la APSQ se torna imperioso contar con canales de comunicación eficientes y eficaces, donde la información llegue a todos los miembros del sistema de forma clara y oportuna, para hacer un buen uso de los recursos, tiempos y así poder responder adecuadamente a las diversas exigencias que se presentan para el sistema.

"... Lo ideal sería contar con un sistema de información claro, que todos conozcan cuál es el conducto regular a seguir, a quien acudir para preguntar por los diversos temas que afectan al sistema, porque lamentablemente eso no opera..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005)

De acuerdo al planteamiento de funcionarios (as) y del Equipo Directivo de la APSQ, lo que ocurre en realidad es que los canales de comunicación no son eficientes, por lo que no constituyen un elemento a favor del trabajo que se realiza y muchas veces dificulta los procesos por desinformación o errores en la entrega de la misma.

"... El problema es que muchas veces la información no llega, tú no te enteras de lo que pasa y eso obviamente entorpece tu trabajo o te enteras por otros caminos y tú no sabes si son confiables o no..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

"... Acá todo se sabe por el "correo de las brujas", incluso antes que una información salga del Departamento, en los centros ya se sabe..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005)

"... A veces funciona para bien estos caminos informales, pero la mayoría de las veces es negativo, porque igual que en el juego del teléfono, el mensaje original llega totalmente desvirtuado al resto de las personas..." (I JED DDS, 14 de julio 2005).

"... Antes uno se preguntaba a quién llamaré, porque bueno, a Víctor Alvarado, por su naturaleza propia y por ser director del DDS, uno tendía a dirigirse a él, pero siempre andaba en cursos, que viendo una cosa u otra, entonces había que dirigirse a otras personas que no siempre canalizaban bien lo que uno quería llegara al director o a quien fuera, no había una adecuada canalización de la información..." (ED APSQ, Folio N° 07)

Por otra parte, dentro de estos canales de comunicación, los trabajadores (as) plantean que existe un desconocimiento de las labores que se realizan en cada establecimiento, lo que no permite aprovechar de buena forma los recursos existentes.

"... Que pasa, que por ejemplo yo atiendo a una chica con problemas de adaptación y la trato en forma individual, como médico, y no sé que en el Silva Henríquez hay un programa de salud mental adolescente o talleres para jóvenes en el Centro de Promoción, entonces, cómo derivo ...", (JP APSQ, 27 de julio de 2005)

Por otra parte, esta desinformación de las actividades de los otros centros genera prejuicios respecto de la carga laboral que recae en los (as) funcionarios (as) de cada centro.

"... Cuantas veces hemos escuchado, en tal centro no hacen nada, acá se la pasan sentados, los únicos que trabajamos somos nosotros..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005).

Todo lo anterior genera problemas en la relación laboral entre los (as) funcionarios (as) del sistema, por lo que resulta fundamental considerar dentro de la Política de RRHH un mecanismo para clarificar los canales de comunicación, asegurando que éstos sean expeditos y eficientes, además de resguardar el que cada miembro de la APSQ conozca como funciona el sistema y cuáles son las actividades que se realizan, independiente del centro al que pertenezcan.

3.3 Relaciones Interpersonales

Los vínculos afectivos que se desarrollan entre los (as) funcionarios (as) del sistema son importantes para el desarrollo y evolución de cualquier institución, siempre que estos niveles de familiaridad se desarrollen de forma adecuada y no interfieran con el objetivo de la misma. En el caso de la APSQ, se produce una situación especial, que dice relación con que un gran número de los funcionarios se conocen entre sí, por mantener vínculos familiares o de amistad, lo que representa ciertas ventajas, pero también desventajas para el sistema.

"... Por ahí está el desafío y que dice relación con una empresa que era pequeña y que ha ido creciendo, no es más que eso, es como cuando una empresa familiar se profesionaliza y es un proceso totalmente natural y legítimo, entonces ahí es donde tienen que entrar a compartirse las miradas..." (EPC DDS, Folio N° 09).

La principal ventaja es que el Clima Laboral podría verse favorecido por esta suerte de sistema familiar, porque permitiría relaciones más estrechas y de mayor empatía, facilitando la interacción entre los (as) funcionarios (as). Sin embargo, lo que ocurre, de acuerdo a la percepción de los propios funcionarios (as), es que estos niveles de familiaridad tienden a entorpecer el trabajo que se realiza en los centros, pues los (as) funcionarios (as) con mayor cercanía con otros miembros del sistema, especialmente con los que poseen grados de autoridad dentro de la organización, no saben separar las situaciones y se desligan de su

responsabilidad, escudándose en la amistad o relación familiar que mantienen con la otra persona.

"... Por ahí está el desafío y que dice relación con una empresa que era pequeña y que ha ido creciendo, no es más que eso, es como cuando una empresa familiar se profesionaliza y es un proceso totalmente natural y legítimo, entonces ahí es donde tienen que entrar a compartirse las miradas..." (PC DDS, Folio N° 09).

"... A mí se me planteó de manera concreta que había que buscar mayor rigor en el trabajo, mayor compromiso en el trabajo, que ya existe, pero que pudiéramos terminar con algunas cosas que se van más al lado de la convivencia que del rigor del trabajo..." (EPC DDS, Folio N° 09).

"... Yo creo que el tema de la excesiva familiaridad que se produce a veces dentro del sistema podría ser un problema para la Política de RRHH, ya con el sólo hecho de que los funcionarios sepan de la configuración de la política se han planteado expectativas sobre la solución de problemas que van más allá de lo que compete al DDS, porque la gente ya no asume sus problemas personales como de ellos, sino que se los enrola al sistema..." (EPC DDS, Folio N° 09).

Resulta importante para el adecuado funcionamiento del sistema el lograr un balance en este punto, de forma de resguardar la cercanía entre los funcionarios (as) del sistema sin perjudicar el cumplimiento de normas, obligaciones y las actividades que debe desarrollar la APSQ.

"... No se trata de terminar con la familiaridad, de que ya no nos vamos a saludar, de que todo sea impersonal, sino que limitar la excesiva convivencia, de lograr el justo equilibrio donde predomine la equidad..." (EPC DDS, Folio N° 09).

Sobre este punto, el principal reparo dice relación con que es usual que estos grados de familiaridad o vínculos personales de amistad, suelen interferir en las actividades u obligaciones de los (as) funcionarios (as), lo que genera recelos en el resto de los (as) funcionarios (as) y perjudica el normal desarrollo de los procesos de la APSQ.

"... Lo que pasa es que acá pesa mucho el que un funcionario juegue la pelota el fin de semana con un directivo, porque se toma atribuciones que no le corresponden, pero como es amigo del jefe..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005).

"... Que pasa, que por tener cercanía con los directivos, suelen confundir amistad con obligación y no cumplen con lo que corresponde..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005),

"... Acá se nota quienes tienen mayor cercanía con los niveles jerárquicos más altos, en todos los ámbitos, calificaciones, cumplir obligaciones, responsabilidad y no es un buen ejemplo para los otros funcionarios..." (JP APSQ, 27 de julio de 2005),

"... Aquí siempre está presente la ley del embudo, el problema es que la parte ancha es para algunos, que todos sabemos quienes son y el lado angosto es para la mayoría de los trabajadores..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005).

Por otra parte, respecto a esta percepción, algunos miembros del Equipo Directivo del DDS plantean que esta situación es normal, pues en cualquier organización conformada por personas se producen roces entre sus miembros por la cercanía o mayor vínculo que algunos trabajadores (as) puedan tener entre sí.

"... Yo sé y asumo lo que ustedes plantean (refiriéndose a esta situación en particular en la presentación del equipo seminarista del análisis preliminar de las jornadas desarrolladas con los funcionarios (as)), pero me pregunto qué tan distinta es la situación en este tema en cualquier otra organización, o sea, ¿no pasa lo mismo en cualquier institución con más de 2 personas? y no se puede olvidar que nosotros somos más de doscientos ..." (II JED DDS, 04 de agosto de 2005)

Si bien este planteamiento no se aleja de la realidad, no se puede desconocer que es una situación que perjudica el clima laboral de los funcionarios (as), pues muchas veces produce desavenencias entre los miembros del sistema, los que con el tiempo pueden desencadenar en conflictos mayores.

Otro elemento a considerar en este punto es que, a juicio de los (as) funcionarios (as) del sistema, no existen instancias de interacción entre los mismos, dentro de los horarios de trabajo, lo que impide el acercamiento y conocimiento de los (as) trabajadores (as) y sus pares, lo que no ayuda al clima laboral.

"... Durante la jornada laboral no tenemos tiempo de parar ni 15 minutos para conversar con el otro, conocerlo, saber cómo está, ni siquiera como autocuidado y si se organizan actividades fuera del horario, obviamente nadie va a asistir porque los fines de semana o las noches uno lo dedica a la casa, la familia, resolver sus asuntos personales..." (JTP APSQ, 26 de julio de 2005).

En este sentido se plantean culpas compartidas, por una parte, el sistema no facilita momentos de interacción entre los (as) funcionarios (as), principalmente por la complejización de los procesos y la exigencia de cumplir con las diversas metas o indicadores propuestos, pero también son responsables los (as) funcionarios (as), quienes al tener instancias de encuentro fuera del horario laboral no hacen uso de ellas, situación que justifican con que los horarios o días en que se planifican las actividades coinciden con los momentos que los miembros del sistema destinan para estar con sus respectivas familias o atender situaciones personales.

"... Se han perdido las oportunidades de compartir con los compañeros, uno no conoce a los funcionarios de los otros establecimientos, pero tampoco veo un mayor interés, por ejemplo, si se organiza un baile o una comida, te apuesto que no van más de 10

personas por establecimiento, porque no hay con quien dejar a los hijos, no hay plata, etc. y los que van se sientan separados, como discriminándose mutuamente, faltan instancias en que podamos conversar, conocernos, distraernos, pero a la que todos podamos asistir sin sacrificar el tiempo de nuestras familias ..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005).

Otro punto fundamental en este ámbito es la percepción de los (as) trabajadores (as) del sistema respecto de la relación de los mismos con los diversos directivos de la APSQ. Si bien la mayoría de los (as) funcionarios (as) plantean que esta relación es adecuada para asegurar el normal desarrollo de los diversos procesos que se dan dentro del sistema, también consideran que de un tiempo a esta parte se ha producido una cierta lejanía entre directivos y funcionarios (as).

"... Yo sé que somos varios los que consideramos que ha habido un distanciamiento entre los directivos y nosotros, nos gustaría un trato más cercano, antes me acuerdo que el director del centro se acercaba todas las mañanas, puesto por puesto a saludar a los funcionarios y eso se ha perdido ..." (JAAS APSQ, 25 de julio de 2005).

Esta percepción es compartida por algunos miembros del Equipo Directivo, quienes consideran que este distanciamiento se produce con los (as) funcionarios (as) del DDS en general, no sólo con los directivos del sistema.

"... Es cierto, vemos que hay una especie de alejamiento, falta de integración, cuando un funcionario de algún centro va al Departamento entra como con desconfianza, como que no fuésemos parte del sistema..." (II JED DDS, 4 de agosto de 2005).

Dentro de este ámbito surgió un punto que tiene que ver con la afectividad entre funcionarios(as) y directivos, en la que se plantean dos visiones totalmente opuestas. La primera dice relación con que es tanto el tiempo que pasan los (as) funcionarios (as) en los lugares de trabajo que están transfiriendo sus necesidades de afecto a las personas con quienes trabajan, trastocando los valores tradicionales de la sociedad en este sentido, en el que supuestamente la necesidad de afecto y cercanía debería ser satisfecho por la familia y amigos y no por las personas con quienes se desarrollan actividades laborales.

"... Yo creo que con todos los procesos, nuevas exigencias y principalmente la cantidad de tiempo que pasan los funcionarios acá, más el hecho de que la mayoría de los matrimonios trabajan, los hijos tienen jornada escolar completa, que los funcionarios están demandando a nosotros un grado de afectividad que tradicionalmente debía ser resuelto por las familias o círculo de amigos..." (II JED DDS, 4 de agosto de 2005).

La otra visión se refiere a que esta demanda de afecto tiene directa relación con una suerte de manipulación de parte de los (as) funcionarios (as), para lograr beneficios o mejoras en las calificaciones, principalmente por el incentivo económico que conlleva el tener una buena calificación.

"... Uno siempre busca sacar un provecho a las situaciones que vive y es lógico pensar que detrás de esta necesidad de afecto esté la idea de conseguir beneficios o regalías económicas, sobre todo en el tema de las calificaciones que es donde los directivos o jefes podemos decidir directamente..." (II JED DDS, 4 de agosto de 2005).

MATRIZ DE SÍNTESIS - IMPLICANCIA

Categoría	Ámbito	Cambios en el Sistema de Gestión	Implicancias en la Política de RRHH
Clima Laboral	Cultura Organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Adecuación del sistema al entorno. - Adaptación de nuevas metodologías de trabajo dentro del funcionamiento del sistema. - Apertura a los cambios. - Apoyo en la gestión. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento a los (as) funcionarios (as) en los distintos procesos que experimenta la APSQ. - Generación de una Política de RRHH flexible, acorde a la dinámica del sistema.
	Canales de Comunicación	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento de la dotación. - Canales formales sobrepasados por las redes informales de comunicación. - Desconocimiento del trabajo específico entre los distintos centros. - Aislamiento de cada centro en el desarrollo de sus funciones. (Atomización del sistema) 	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de un mapa de "Recursos Humanos" donde se establezca claramente el modo de operar según las distintas situaciones. - Fijación de un calendario permanente de reuniones de personal para cada centro de la APSQ. - Bajar la información hacia todos los funcionarios (as) respecto de las distintas actividades que se realizan en cada centro.

Categoría	Ámbito	Cambios en el Sistema de Gestión	Implicancias en la Política de RRHH
Clima Laboral	Relaciones Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> - Disminución de los espacios de interacción dentro de la jornada laboral, dada la complejidad de los procesos que experimenta la APSQ. - Falta de instancias de encuentro entre funcionarios (as) de distintos centros. - Funciones directivas más lejanas por el aumento del quehacer administrativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Propender a la creación de espacios de encuentro e interacción entre los (as) funcionarios (as) de un mismo centro y entre centros. - Desarrollo de pasantías de los (as) funcionarios (as) en los diversos centros de la APSQ, con el fin de conocer el trabajo del otro. - Entrevistas de los (as) funcionarios (as) durante el transcurso del año por parte de directivos y encargada de RRHH.

- *Categoría N° 4: CAPITAL HUMANO Y PROCESOS DE MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD*

4.1 Percepción del Proceso de Modernización

Actualmente la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota cuenta con una dotación de 195 personas, en donde 98 de ellas son de planta y poseen contrato indefinido con la organización y 96 a Plazo fijo, anteriormente existían 37 funcionarios(as) que poseían contrato a honorarios con la organización, sin embargo en febrero de este año y, dado los requerimientos de la APSQ, modificaron sus contratos, convirtiéndolos en plazo fijo, por lo que actualmente la organización no cuenta con personal contratado a honorarios y tampoco ingresa gente al sistema bajo la modalidad de contratación por programas, éstos son contratados a plazo fijo y luego se distribuyen dentro del sistema para el cumplimiento de funciones más específicas.

Los (as) funcionarios (as) de los centros dependientes del Departamento de Salud Municipal, rigen su accionar en función del Estatuto de Atención Primaria, el cual estipula la existencia de seis categorías funcionarias que se establecen en virtud del nivel de estudios formales de los (as) funcionarios (as) y de las labores que desempeñan. En la categoría A se encuentran Médicos Cirujanos, Cirujanos Dentistas, Químicos Farmacéuticos y Bioquímicos, en la Categoría B otros profesionales, en la Categoría C Técnicos de Nivel Superior, en la categoría D Técnicos de Salud, en la categoría E Administrativos y por último en la categoría F auxiliares de Servicios.

Durante los distintos procesos y etapas por las que a atravesado la atención primaria en la comuna, las funciones de los (as) trabajadores (as) han tendido a complejizarse desde el punto de vista administrativo, clínico y de gestión, por lo que la multiplicidad de funciones afecta de manera transversal a todos los (as) funcionarios (as) del sistema, sin importar al estamento que pertenezcan.

"... Se han multiplicado las funciones. Primero el hecho de que no hay trabajadores, en este momento, asignados a una sola función, antes había un esquema de rotación tal vez, pero cada persona estaba por lo menos un tiempo dedicada a una sola función. En este momento, por lo limitado del personal y por la amplitud de cosas que hay que hacer, la gente en general no está asignada a ninguna función específica, si no que hacen de todo, tanto profesionales como personal de apoyo, todos están haciendo de todo, entonces ahí es donde se nota un cambio importante ...". (ED APSQ, Folio N° 5)



Figura 43: Efecto de la complejización de funciones.

Dichos cambios en las funciones de los (as) trabajadores (as) comenzaron con la Etapa de Reingeniería y la incorporación de los sistemas informáticos a las distintas tareas que se desarrollaban en los respectivos centros. Según las apreciaciones de los mismos funcionarios (as) del sistema, anterior a la Etapa de Reingeniería la organización se encontraba muy limitada, existía un gran desfinanciamiento, además de liderazgos muy marcados en relación a aspectos políticos y a los nuevos cambios experimentados por el país en los años 1988 y 1989, por lo que la pronta democratización del municipio y la reciente vinculación de la Atención Primaria a la administración municipal, marcaba una pauta importante en los (as) funcionarios (as) de la Salud Primaria de la comuna, lo que marcaba el ambiente y forma en que se desarrollan las diferentes funciones de los (as) trabajadores (as) del sistema.

"... Inicialmente era una institución muy limitada en muchos aspectos, en términos de recursos había un desfinanciamiento impresionante, en lo que es atención primaria de salud había una organización muy débil organizacionalmente, había poco cuidado en el tema de la administración, era muy hacer ..." (EPC, Folio N° 10)

La falta de recursos limitaba en cierta forma el accionar del sistema y por ende las funciones de los (as) trabajadores (as), sin embargo el debilitamiento de la institución no pasaba solo por el desfinanciamiento que existía sino por la falta de manejo en la gestión de la organización. Esta falta de gestión en la administración dificultaba el accionar de los funcionarios (as) y pese a que en este período la cantidad de tareas realizadas eran menores, la falta de organización y claridad en el accionar marcaba la pauta de cómo se desarrollaba el trabajo al interior del sistema.

"... Era un actuar muy limitado, y no era sólo por el tema recursos si no que también era por el tema de la falta de ideas, falta de interés por hacer algo de otra forma ..." (EPC, Folio N° 10)

Dentro de éste período, existían problemas evidentes en las relaciones interpersonales de los (as) funcionarios (as) del sistema, donde estaban aquellos que aprobaban y rechazaban la democratización de los municipios. Existía una constante tensión entre los (as) funcionarios (as) y lo que dificultaba el trabajo que se desempeñaba.

"... Habían problemas muy evidentes de lo que eran las relaciones, mucha desconfianza. Habían dos tipos de liderazgo que eran muy marcados, y que era fundamentalmente en un liderazgo muy cargado de sensibilidades políticas, de lo que pasaba en esa época ..." (EPC, Folio N° 10)

Durante la Etapa de la Reingeniería se visualizaron los primeros cambios, la institución creció organizacionalmente y hubo una notable mejora en las relaciones interpersonales.

Otra de las etapas que marcó un gran cambio en las funciones de los (as) trabajadores (as) se desarrolló con la implementación del Modelo Comunal de Salud, donde se incorporó el trabajo con familias y se llevó a cabo la separación de los centros de salud urbanos, en lo que es netamente atención al daño y por otra parte prevención y promoción en salud. Las dos etapas anteriores han sido aquellas en que se ha notado con mayor fuerza el cambio en las funciones de los trabajadores y pese a que en un principio el cambio fue duro, existe por parte de los (as) trabajadores (as) una gran respuesta al cambio y a experimentar procesos de renovación e innovación al interior del sistema.

"... El cambio de modelo, y la división de los consultorios fue el momento más trascendente en este punto, donde para este centro, por su cercanía con el hospital, el fácil acceso, se decidió que este centro se encargara de todo lo referente al daño, a lo curativo y eso no fue nada de fácil, en realidad fue bastante traumático, para los funcionarios especialmente, porque hubo muchos cambios..." (ED APSQ, Folio N° 7)

"... En general, son funcionarios con constantes exigencias y capacidad de responder de forma acertada a los diversos procesos, a las nuevas exigencias..." (ED APSQ, Folio N° 5)

"... La actitud de ellos es muy positiva al cambio, son bien creativos y tienen una muy buena disposición a emprender tareas nuevas, tienen harta iniciativa..." (ED, Folio N° 6)

Los constantes procesos de innovación a los que se ve expuesto el personal de la APSQ, han generado en los (as) funcionarios (as) cada vez mayores expectativas y nuevas necesidades para desarrollar sus labores administrativas, técnicas y profesionales, dado principalmente a que los cambios en el sistema se asimilan en un corto período tiempo y pasan rápidamente a ser elementos naturales

del sistema, sin realmente tener conciencia del avance que la Atención Primaria de la comuna de Quillota ha logrado.

Los grandes cambios que ha experimentado en los últimos años la han hecho merecedora de dos grandes premios a su labor, los cuales fueron mencionados con anterioridad, ambos premios fueron un reconocimiento real al cambio de la APSQ y la labor constante de los funcionarios (as) en los procesos de innovación y cambio en la salud primaria.

Actualmente la APSQ se encuentra en un proceso de cambio y reestructuración en sus funciones a nivel Departamental, en donde se realizan esfuerzos por mejorar la gestión y definir las funciones del DDS de la comuna. Esta reorganización sin duda implica nuevos desafíos y retos para la APSQ y por ende para sus funcionarios (as), sin embargo la mayoría de estos consideran que el cambio era vital y sienten que la reestructuración de las funciones del DDS es un elemento que viene a seguir contribuyendo con el avance y mejora de lo que es salud primaria en Quillota.

"... Tiene que ver con un estadio de desarrollo, donde ya claramente tú cambias de la administración a la gestión, impulsando la innovación además, porque hablamos de la reforma del noventa y tantos, del 2002, pero no vamos a vivir de eso, porque los escenarios cambian, el mundo cambia cada vez más rápido y tú como organización tienes que irte adecuando a esos cambios..." (EPC DDS, Folio N° 10).

La principal fortaleza que visualizan los (as) funcionarios (as) del sistema en esta reestructuración, es la creación del área de Recursos Humanos, tan necesaria e indispensable, según sus propias impresiones.

"... Excelente, yo creo que la política de RRHH es "la idea" que se les ha ocurrido en el último tiempo, "es la idea". Yo pienso que es lo más brillante que ellos han hecho como Departamento en lo que es reestructuración interna. Es como el aporte grande y si lo hacen bien va a significar un tremendo cambio para lo que es la administración interna del Departamento, y obviamente es bueno..." (ED APSQ, Folio N° 05).

4.2 Autoevaluación de Desempeño

En general el desempeño de los (as) funcionarios (as) del sistema es evaluado desde todas las visiones como positivo, en donde existen funcionarios (as) responsables, leales y comprometidos con el sistema, principalmente en el cumplimiento de las labores desempeñadas. Presentan un alto grado de motivación, son funcionarios (as) afables y respetuosos con el personal, sin embargo requieren de un apoyo constante en sus funciones, que se deriva principalmente de la oportunidad y del acceso a capacitación.

"... Es gente muy accequible, de muy buen trato y eso no ha cambiado..." (ED APSQ, Folio N° 6)

"... Es gente comprometida con la salud, con la APS, trabajadores que se motivan fácilmente, pero que requieren más apoyo..." (ED APSQ, Folio N° 5)

Por otra parte presentan niveles adecuados de participación en actividades que otorga el sistema, principalmente cuando se desarrollan dentro de la jornada laboral y cuando no representa un gasto personal, sin embargo, no existe una participación activa en las actividades desarrolladas por el Bienestar de funcionarios (as) y que requieran de un aporte monetario de por medio (Paseos, fiestas, etc.)

"... Hemos hecho hartos paseos, a la nieve por ejemplo, pero la gente no se interesa, hemos terminado llenando nosotros (bienestar) los cupos del bus, y no es una actividad cara, lo mismo pasa con las fiestas que organiza la Asociación, terminan yendo los mismos de siempre ..." (EPC, Folio N° 9)

Durante el proceso de reestructuración, en el que actualmente se encuentra el Departamento de Salud se han establecido tres elementos que deben distinguir al funcionario (a) de la Atención Primaria de la Comuna de Quillota, estos elementos guardan relación con el compromiso e identidad con la organización, con el adecuado desempeño de las tareas que se le asignan, y por último con la capacidad asertiva del funcionario (a), todas estas cualidades se han convertido en las condiciones básicas para ser un buen funcionario (a) y para desarrollar de manera óptima los requerimientos institucionales y organizacionales que se presentan actualmente.

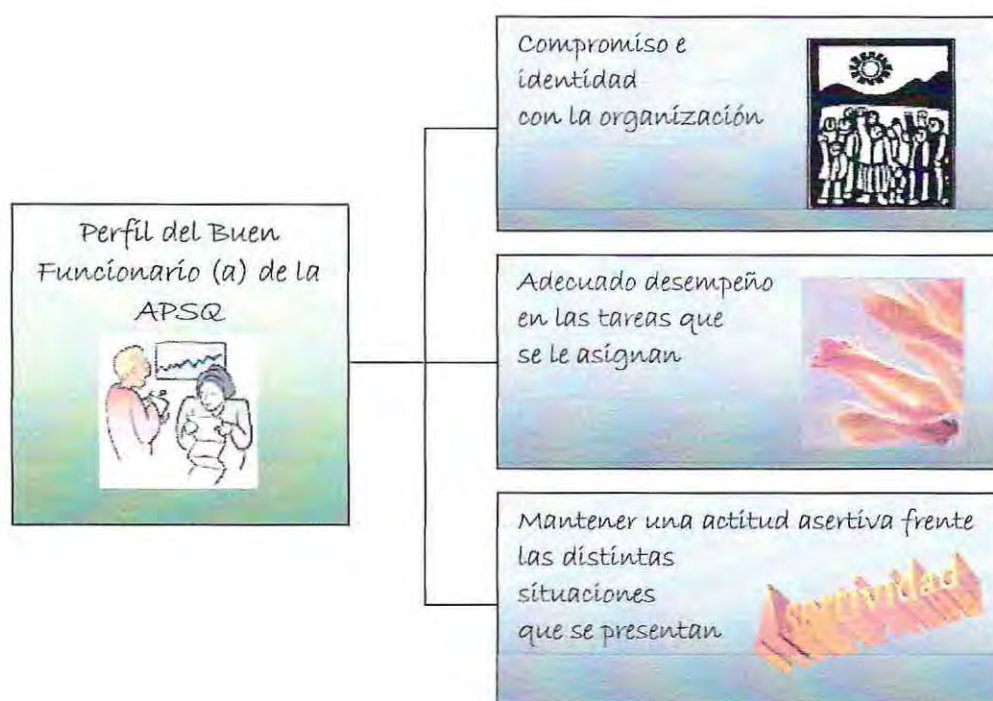


Figura 44: Características del Buen Funcionario (a) de la APSQ.

MATRIZ DE SÍNTESIS - IMPLICANCIA

Categoría	Ámbito	Cambios en el Sistema de Gestión	Implicancias en la Política de RRHH
Capital Humano y Procesos de Modernización de la Gestión de Atención Primaria en Salud	Percepción del Proceso de Modernización	<ul style="list-style-type: none"> - Permanente complejización de las funciones. - Aumento en la demanda. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acompañamiento del funcionario (a) desde que ingresa al sistema hasta que se retira de este.
	Autoevaluación de Desempeño	<ul style="list-style-type: none"> - Seguridad y confianza por parte de los (as) trabajadores (as) en el buen desempeño del quehacer laboral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Equilibrar las demandas de los (as) funcionarios (as) con los requerimientos del sistema.

- Categoría Nº 5: ADECUACIÓN DE LA ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL A LOS NUEVOS PROCESOS DE GESTIÓN EN SALUD

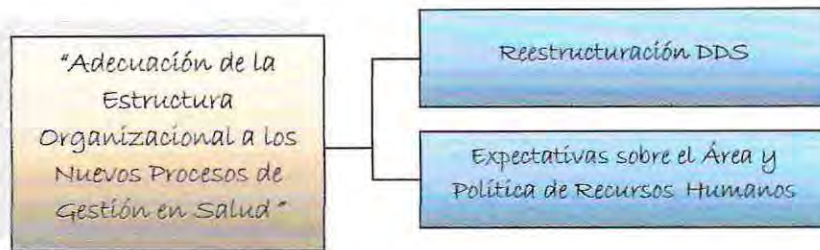


Figura 44: Elementos a considerar en la categoría **Adecuación de la Estructura Organizacional a los Nuevos Procesos de Gestión en Salud**.

5.1 Reestructuración DDS

La evolución que ha experimentado la APSQ a lo largo de su historia está marcada por una visión de desarrollo y superación permanente, que puede ser apreciada en las diversas etapas por las que ha transitado. Sin embargo, y a juicio de los miembros del sistema, especialmente de quienes componen el Equipo Directivo, el DDS había permanecido fuera de este proceso de transformación orientado al desarrollo del sistema.

"... Durante todo este proceso que comenzó en el 2000, con la reforma comunal de salud, el DDS había quedado como al margen, no había desarrollado una instancia, especialmente en el ámbito de la capacidad de gestión que está requiriendo producto de toda esta demanda y toda esta complejización de las funciones. La reestructuración del DDS nace como una respuesta a todas estas demandas..." (EPC DDS, Folio Nº 12).

"... Además el Departamento era el área de la APS que no había sido reformada, era la cola que quedaba pendiente de la reforma del 2002..." (EPC DDS, Folio Nº 10).

La decisión de reestructurar el Departamento de Salud, a través de la creación de cinco nuevas áreas de trabajo (Gestión Clínica, RRHH, Admisión, Presupuesto y Finanzas y un área articuladora de las anteriores), considerando

también, como parte fundamental de este Equipo Directivo, a los directores (as) de los centros que conforman la APSQ, además de los Jefes de Personal de los Centros de Salud Urbanos, surge como respuesta a la necesidad de fortalecer la gestión que venía realizando el DDS como administrador de la APSQ, frente a la cantidad de nuevas exigencias que se presentan para el sistema de salud y la creciente complejidad en los procesos y funciones que esta situación genera, además del interés por consolidar plenamente el Modelo Local de Salud.

"... Es para potenciar y consolidar el modelo o plan de salud, creo también que el director plantea, tiene la convicción de que el administra no sólo para su período, sino que tiene que dejar un camino hecho para el nuevo administrador o administradora de salud. También en el tema de que se detectan cuáles son las falencias y que para eso se necesita tener un equipo para gestionar y no solamente lo que pueda decidir él (Director DDS) en el momento en que esté..." (EPC DDS, Folio N° 09)

"... Sentíamos que en algunos temas no lo estábamos haciendo bien, sentía que yo en particular no lo estaba haciendo bien y porque no estábamos siendo lo suficientemente consecuentes con algunas líneas de trabajo y eran líneas que marcaban nuestra filosofía..." (EPC DDS, Folio N° 11).



Figura 45: Motivaciones para la Reestructuración de las áreas de Trabajo del DDS.

Respecto de los motivos externos que desencadenaron en la Reestructuración del DDS, se cuentan principalmente la necesidad de hacer más eficiente y resolutiva la gestión del sistema para hacer frente a las nuevas

exigencias que se plantean para la APS, por la implementación de la Reforma Nacional de Salud, donde la Atención Primaria debe ejecutar 6 prestaciones del Plan AUGE, por otra parte, se deben considerar las exigencias específicas que se presentan para la APS, como los IAAPS, los Compromisos de Gestión y las Metas Sanitarias, además de la creciente demanda de los usuarios del sistema.

"... Definir como elemento externo la Reforma Nacional de Salud, elemento externo también el SSVQ... las necesidades de los usuarios que tenemos en el sistema..." (EPC, Folio N° 12).

"... Lo que está aconteciendo es que esta cambiando la lógica de entender la atención primaria de salud, ya no es atención primaria de salud es nivel primario de atención..." (EPC DDS, Folio N° 11).

A su vez, las motivaciones internas se relacionan con el interés por adecuar la gestión del DDS al Modelo Local de Salud, favoreciendo así su consolidación, tanto en el ámbito externo (usuarios (as) y autoridades sectoriales), como a nivel interno (miembros del Sistema de la APSQ), además de la necesidad de terminar con la sobreexigencia laboral que afectaba al reducido Equipo Directivo (5 personas) que trabajaba antes de la Reestructuración del DDS. De esta manera se conforma un equipo de trabajo más amplio, ágil y resolutivo, que se espera sea capaz de aportar una visión integradora de lo que ocurre en la totalidad del sistema.

"... Hasta antes de mayo, los directores trabajaban en los establecimientos y sólo venían al Departamento a firmar, no tomaban decisiones frente a cualquier situación que en ese momento fuera conflicto para nosotros, entonces creo que de parte del director, fue una delegación de funciones a un equipo que lo va a asesorar en varios temas..." (EPC DDS, Folio N° 09).

"... Faltaba complementar ese proceso con la estructuración de áreas que primero te permitan identificar los procesos que tenga cada centro de salud y que permita resolver las situaciones en conjunto y con una mirada comunal, porque el director de un

establecimiento te plantea las necesidades de su centro, pero todavía no llegamos a tener la visión comunal, por eso es importante tener desde el Departamento, la administración, el gobierno, la gobernabilidad de todo esto..." (EPC DDS, Folio N° 10).

La percepción de los diversos directivos frente a este proceso de cambio en la organización es totalmente positiva, por lo menos en las proyecciones que plantean al respecto, pues consideran que era una acción necesaria, que permite mejorar la gestión que realiza el DDS, que a juicio de algunos directores del sistema, antes de la Reestructuración se mostraba bastante desorganizado y poco eficiente. Por ende, la nueva estructura de la institución puede mejorar sustancialmente los procesos que se viven dentro del sistema y reforzar el trabajo conjunto e integración de los distintos centros que conforman la APSQ.

Sin embargo, también manifiestan temores respecto de este cambio, relacionados principalmente con la capacidad del DDS para llevar a cabo este proceso tal como fue planificado y que no quede sólo en papel, que efectivamente las áreas establecidas sean un elemento que faciliten la gestión de cada centro y del sistema en general y que no se conviertan en un punto de conflicto y burocracia que entrase el trabajo a realizar.

"... Yo siempre he sido positiva y para mi los grandes aciertos han sido el tema de la reingeniería, la reforma local y ahora este proceso del DDS, que yo más bien definiría como de crecimiento del DDS, en cuanto al equipo humano, porque realmente que todo quedara centrado en 2 o 3 personas, como máximo..., ahora se amplía el abanico de personas a cargo, son todos profesionales que, sin discriminar, el hecho que haya mayor cantidad d profesionales liderando este equipo el DDS le da una connotación de mayor peso técnico y de mayor complejidad en cuanto a resolver temáticas que antes no se podían responder ..." (ED APSQ, Folio N° 07)

"... Yo lo veo como una oportunidad de poder ordenar, de poder estructurar algo que no está estructurado, algo en que habían muchas cosas por hacer y que no voy a analizar por qué no se hicieron antes, pero ésta es una oportunidad, yo creo, de poder hacer cosas que son necesarias y que no se habían podido hacer antes..." (ED APSQ, Folio N° 02).

"... Creo que la organización necesitaba una estructura en ese sentido, necesitaba mayor claridad respecto de algunos temas..." (ED APSQ, Folio N° 05).

"... Es como una aspiración que la cosa en el Departamento se organice. Espero que esta sea la posibilidad de organizar el tema porque ellos están muy desorganizados, mucha pega, casi caóticos diría yo..." (ED APSQ, Folio N° 04)

"... Me cuesta un poco creer primero en que se va a llevar a efecto tal como se ha planteado. Me preocupa un poco que en vez de que nos vaya a favorecer o a facilitar nos atomicemos más, porque nos ha pasado..." (ED APSQ, Folio N° 06)

A juicio de los directivos del DDS, las áreas definidas en esta reestructuración responden plenamente a los aspectos que se desarrollan en el sistema, pero también coinciden en que no son áreas nuevas, si no más bien el ordenamiento de los temas que se han trabajado históricamente y que son fundamentales para la existencia y evolución de la APSQ. Consideran que estas áreas permitirán agilizar y clarificar los procesos que desarrolla el DDS y por ende, hacer más eficiente la labor de los centros y del sistema en su totalidad.

"... Básicamente son los aspectos que siempre nos provocan problemas. Yo creo que está bien. Sí, a mi me da la impresión de que no son nuevas, me da la impresión que solamente lo nuevo es reordenarlas nada más..." (ED APSQ, Folio N° 06).

"... Sí, yo creo que sí, el DDS necesita ir más rápido de lo que ha ido hasta ahora, porque los consultorios y nosotros estamos evolucionando mucho más rápido que el DDS..." (ED APSQ, Folio N° 05).

"... Yo creo que las áreas son acordes a la dinámica del sistema y que se acomodan a las necesidades de la organización..." (ED APSQ, Folio N° 02).

"... Primero, saber a quien dirigirse claramente, porque antes uno se preguntaba a quién llamaré, porque bueno, a Víctor Alvarado, por su naturaleza propia y por ser director del DDS, uno tendía a dirigirse a él, pero siempre andaba en cursos, que viendo una cosa u otra, entonces había que dirigirse a otras personas que no siempre canalizaban bien lo que uno quería llegara al director o a quien fuera, no había una adecuada canalización de la información y en este momento, el sólo hecho de saber con quien hablar, es una gran ganancia ..." (ED APSQ, Folio N° 07).

Como se puede apreciar, la Reestructuración del DDS es visto por los directivos de la APSQ, como algo positivo, un paso necesario dentro de la realidad que vive el sistema actualmente. Este proceso podría ser considerado como la conclusión de la Reforma Local de Salud, y que pretende orientarse a una gestión eficiente y ágil, acorde a los nuevos tiempos y exigencias de la sociedad.

4.2 Expectativas sobre el Área y Política de Recursos Humanos

Dentro de este proceso de reorganización del DDS, una de las áreas que con mayor fuerza ha despertado las expectativas de los miembros del sistema, es el Área de Recursos Humanos (RRHH), por las temáticas que involucra y que se relacionan directamente con el desarrollo y bienestar de todos los funcionarios (as) de la APSQ. Cabe destacar que es el interés en realizar una gestión adecuada respecto del RRHH dentro del sistema el que motivó la realización del presente Seminario de Título.

La definición de esta área conlleva la necesidad de terminar con la "Administración de Personal", que era lo que venía desarrollando el DDS hasta antes de su reestructuración, y que básicamente se preocupaba de cumplir con los aspectos legales relacionados con los funcionarios (contratos, previsión, calificaciones, jubilación), producto de la incapacidad del sistema para abordar

otras temáticas en este aspecto, principalmente por no contar con personal suficiente en el DDS para responder de forma eficiente y adecuada a la realidad del sistema. Al establecerse el Área de RRHH se pretende dar paso a la "Gestión de RRHH", un concepto mucho más complejo en su definición, que involucra el desarrollo integral de los funcionarios, la preocupación por los trabajadores desde que ingresan hasta que se retiran del sistema, promoviendo su plena participación e integración al quehacer y filosofía institucional.

"... Administración de personal según la definición que tienen y que es lo que más tranquila me ha dejado a mí, creo que es lo que ha existido y hasta ahora se había tratado de cumplir con todo lo que dice la ley, pero creo que no ha sido justo el que sólo se haya apagado incendios, con respecto a temas más relevantes..." (EPC DDS, Folio N° 09).

"... Es que era muy difícil hacer algo más teniendo una encargada de personal haciendo labores de secretaria ejecutiva, labores de coordinación, de todas las actividades que hacemos ahora las diversas personas que conformamos el equipo, pero antes estaban todas las actividades centradas en 2 o 3 personas, entonces es muy difícil plantearse siquiera el desafío..." (EPC DDS, Folio N° 10).

"... El área de RRHH es un área, un eje que debe cruzar a cualquier institución que tenga una cantidad determinada de personas, si existen 5 personas, incluso, debería existir una política de RRHH; pero si tú estás hablando de 200 personas trabajando, era como obvio, necesario ..." (ED APSQ, Folio N° 01)

"... Yo creo que lejos era una de las que había que reestructurar si o si. Las personas que han estado ahí, con mucha buena voluntad y todo lo que tu quieras, no eran a mi juicio las más capacitadas. Una de las cosas que a nosotros siempre más nos preocupa era el tema por ejemplo, de la familiaridad, cuestiones que al final juegan en contra del sistema... Yo creo que por ahí más que nada, porque igual habían cosas que de repente acá nosotros solucionamos mucho a lo compadre y yo creo que eso no puede seguirse dando a nivel de institución que ha ido creciendo como va creciendo..." (ED APSQ, Folio N° 06).

En la actualidad, el principal recurso con que cuenta toda organización son las personas que la componen y específicamente las capacidades, conocimientos y habilidades que éstas poseen, de ahí la necesidad de contar con herramientas de desarrollo que permitan optimizar las fortalezas del RRHH, para potenciar el progreso permanente en todos los ámbitos de la organización, partiendo por las personas que se desempeñan en la misma.

"... Estamos viviendo una época en la que se está valorando el RRHH, parte del recurso organizacional que siempre ha existido, pero creo que se están dando cuenta que independiente de los programas informáticos que hagas, de la cantidad de plata que puedas invertir en infraestructura, en capacitación, et., si no existen políticas destinadas a orientar eso es eso solamente, inyección de plata, pero tienes que ordenarla, eso en términos generales en las organizaciones y por eso es que yo compartía lo que ustedes planteaban respecto de que el RRHH se lidera y hay una nueva concepción en esos términos, de que con gente incorporada y considerada tú puedes lograr mayores cambios que cambiando sólo la infraestructura o el equipamiento..." (EPC DDS, Folio N° 10).

"... Sobre todo en el área de RRHH, que era una de las cosas que nosotros pedíamos que estuviera como política, no sólo como administración del personal..." (ED APSQ, Folio N° 07).

"... Creo que el Área de RRHH es súper importante, porque toda empresa debe manejar el tema de RRHH con toda claridad, tienes que tener elementos para decidir en momentos determinados, creo, además, que como directivos, muchas veces nos falta una mirada más amplia en los distintos ámbitos de la organización..." (ED APSQ, Folio N° 05)

Uno de los principales elementos con que se espera contar para el trabajo de esta área, es la Política de RRHH, como herramienta de gestión y desarrollo para los miembros del sistema. Las expectativas que genera el contar con esta política son diversas, pero principalmente apuntan a clarificar y unificar los criterios y decisiones que se relacionan con los procesos que afectan a los (as) funcionarios (as), reglamentar diversas situaciones que hasta el momento no estaban definidas, así como reforzar la integración entre todos los (as)

trabajadores (as) de la APSQ, sin distinción de centro en el que se desempeñan, función que realizan o cargo que ocupen.

"... Se puede fortalecer el manejo del personal principalmente, porque es complicado, porque no están claras las indicaciones para todos los trabajadores..." (ED APSQ, Folio N° 03).

"... En lo que más prima es en la integración. Una cuestión que nos ayude, que facilite los temas de integración. Nosotros igual hemos tratado de darle fuerza a nuestra reforma, pero seguimos funcionando como centro, como cada uno tirando para su lado, tratando de sacar su barco a flote, no importa que el otro vaya más hundido, o sea, yo creo que una opción que sea mucho más transversal, que los cruce a todos y que nos ayude a fortalecer esa parte..." (ED APSQ, Folio N° 06).

"... Creo que la política debe establecer un criterio común, lo que yo veo es que es súper distinto en cada consultorio y nosotros también, pero nunca ha habido un ponerse de acuerdo en eso, si yo funciono de determinada manera me pongo de acuerdo con el DDS o directamente con Víctor Alvarado, pero no hay un cuento de que haya una política a visualizar, términos más integrales, saber que los otros funcionan de tal o cual manera, que hacen esto o lo otro, yo diría que todavía estamos muy encapsulados en cada uno y en eso la política debiese ayudar a cambiar, por algo más integral, más conversado, más discutido..." (ED APSQ, Folio N° 05)

"... Bueno, la política debe abordar, clarificar muchas de las prácticas que hasta ahora son informales y que debiesen ser más formales..." (ED APSQ, Folio N° 03)

Dentro de las ventajas que se plantean respecto de contar con una Política de RRHH, estas apuntan a dar una estructura clara y visible a la gestión de RRHH, unificar criterios respecto de la selección y mantención de los (as) funcionarios (as), de modo de facilitar su desarrollo y apoyar el cumplimiento de sus labores, mejorando la atención que se brinda a los (as) usuarios (as) del sistema.

"... Creo que como ventaja, se presenta el dar una estructura a la gestión del RRHH, poder ordenar los ámbitos de acción, delimitar funciones..." (ED APSQ, Folio N° 03)

"... Lo primero es hacer una selección adecuada de nuestros funcionarios, acorde a lo que nosotros planteamos, nuestro modelo, nuestros principios, por tanto que el tema de selección y reclutamiento sea acorde con esto, el tema del orden, como ya te decía, tener un marco o normativa que limite o delimite cada una de la actividades de los funcionarios del centro..." (ED APSQ, Folio N° 07).

"... Que existan políticas iguales para todos, una mejor relación entre funcionarios y administración, creo que eso aclararía un montón de situaciones que las personas a veces por no conocerlas las salta, creo que ideal es que haya un mapa del RRHH donde todos conozcamos el lugar que nos corresponde ..." (EPC DDS, Folio N° 09).

"... Que tengas un manual de corta palos, desde tu ingreso hasta tu desvinculación, que tú sepas cuáles son los caminos a seguir y con quién comunicarte para poder seguir esos caminos, creo que esa es la ventaja, formalizar lo que ya existe e incorporar los componentes a los elementos que corresponda, pero además socializar esos productos y legitimarlos por la vía del consenso..." (EPC DDS, Folio N° 10).

Sin duda, dentro de la APSQ hace tiempo se esperaba realizar un avance en función del RRHH de la organización, por ser una necesidad latente y sentida por todos los miembros dentro del sistema, por este motivo al plantearse la posibilidad de configurar una Política de RRHH, esta tuvo una positiva acogida y apoyo desde todos los sectores de la APSQ.

MATRIZ DE SÍNTESIS - IMPLICANCIAS

Categoría	Ámbito	Cambios en el Sistema de Gestión	Implicancias en la Política de RRHH
<p>Adecuación de la Estructura Organizacional a los Nuevos Procesos de Gestión en Salud.</p>	<p>Categoría sin ámbitos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Crecimiento del Equipo Directivo encargado de la administración de la APSQ. - Participación de todos los centros de la APSQ en la administración del sistema. - Manejo de visión comunal de salud dada la participación de cada centro en la gestión administrativa. - Definición de áreas de trabajo dentro del sistema. - Cambio de paradigma, desde Administración de Personal a Gestión de RRHH. 	<ul style="list-style-type: none"> - Generación de una Política de RRHH para la APSQ. - Integración de las diversas visiones que operan en el sistema en una política común. (Urbano / Rural, Directivos (as) / Funcionarios(as), Preventivo-Promocional / Curativo - Rehabilitador).

Capítulo V

Análisis FODA

ANÁLISIS FODA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMUNA DE
QUILLOTA

En el marco de la metodología de Planificación Estratégica, la realización de la técnica FODA (Fortalezas -Oportunidades - Debilidades - Amenazas), constituye uno de los principales insumos para la realización del análisis interno y externo de la organización con la que se está trabajando.

El FODA es una herramienta que facilita el análisis de la situación interna, por medio de la cual se puede evaluar los principales factores que se espera influyan en el cumplimiento de propósitos básicos de una organización.

Desde el ámbito interno, se incluyen factores que inciden directamente en el futuro de la organización, y desde el ámbito externo, se analizan elementos que influyen en la institución, los cuales no son controlables por ella, pero que sí impactan fuertemente en sus propósitos.

Para el siguiente análisis las Fortalezas y Debilidades son parte del mundo interno de la organización, y pueden influir directamente en el futuro de ésta. Las Oportunidades y Amenazas tienen lugar en el mundo externo de la institución, y aunque no son controlables, si influyen en sus prácticas, por lo que es importante identificarlas y considerarlas en los planes de la organización.

Para el desarrollo de la técnica FODA, los elementos internos que tienen que ver con Fortalezas y Debilidades serán desarrolladas a partir de cuatro amplias categorías, emanadas del marco de referencia. Estas son:

1. *Potencial Humano*
2. *Capacidad de Proceso* (Sistema, Infraestructura, Equipamiento)
3. *Productos y Servicios*
4. *Recursos Financieros*

En cuanto al desarrollo de Oportunidades y Amenazas, se contempla la revisión de temas relacionados con:

1. *Entorno Inmediato*
2. *Usuarios*
3. *Tecnología*
4. *Mundo Privado*

A continuación se presenta el análisis FODA de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota, el cual fue elaborado a partir de las opiniones, vivencias y percepciones de los (as) funcionarios (as) del sistema, recogidas durante el desarrollo del proceso.

- ANÁLISIS ÁMBITO INTERNO: Fortalezas y Debilidades

Fortalezas	
1. Potencial Humano	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de conducción y liderazgo en los niveles directivos. - Capacidad de adaptación al cambio. - Familiaridad en las relaciones al interior del sistema - Ausencia de diferenciación por categorías funcionarias (relaciones horizontales, sin diferenciación de estamentos o status). - Alto sentido de lealtad de los (as) funcionarios (as) con el sistema. - Niveles altos de compromiso y adhesión de los (as) funcionarios (as) con el sistema. - Visión compartida y positiva de los (as) funcionarios (as) del Modelo de Atención Local de Salud. - Altos niveles de especialización por parte de los profesionales del sistema
2. Capacidad de Proceso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Sistema</u> <ul style="list-style-type: none"> - Modelo Comunal de Salud acorde a los requerimientos de la comunidad. - Constante capacidad de innovación. - Disponibilidad de información. - Autonomía para la implementación de diferentes tareas. - Disponibilidad de espacios para el desarrollo de la creatividad. - Mejoramiento en la gestión de la Atención. ▪ <u>Infraestructura</u> <ul style="list-style-type: none"> - Moderna infraestructura. ▪ <u>Equipamiento</u> <ul style="list-style-type: none"> - Equipamiento adecuado para suplir las necesidades de usuarios (as) y funcionarios (as). - Sistema informático que facilita las funciones de los (as) trabajadores (as).

Fortalezas

3. Productos y servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Alta calidad de los servicios entregados. - Alto nivel de respuesta a la demanda de los (as) usuarios (as). - Sistema abierto y de fácil acceso.
4. Recursos Financieros	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo controlado del presupuesto de la APSQ.

Limitaciones

1. Potencial Humano	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa participación de los (as) funcionarios en vida social comunal. - Bajos niveles de asociatividad entre funcionarios (as) de distintos centros. - Bajos niveles de propuestas individuales, para la resolución de temas específicos. - Dificultad en el acceso a los procesos de capacitación funcionaria.
2. Capacidad de Proceso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <u>Sistema</u> <ul style="list-style-type: none"> - Lenta capacidad de respuesta en la mantención de los distintos establecimientos. - Sistema informático limitado para el cumplimiento de nuevas exigencias. - Tareas centradas en la administración más que en la gestión. - Falta de capacitación y acompañamiento a los (as) funcionarios (as) del sistema. - Falta de recursos humanos y materiales para realizar acciones de Prevención y Promoción. - Canales de comunicación deficientes e informales. ▪ <u>Infraestructura</u> <ul style="list-style-type: none"> - No se presentan limitaciones en éste ámbito ▪ <u>Equipamiento</u> <ul style="list-style-type: none"> - Falta de insumos materiales para el trabajo.
3. Productos y servicios	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de resolutiveidad en algunos temas médicos de mediana complejidad, dada la falta de tecnología para la atención de ciertas patologías.

Limitaciones

- | | |
|-------------------------|---|
| 4. Recursos Financieros | <ul style="list-style-type: none"> - Endeudamiento del Departamento de Salud. - Dificultad en el traspaso del aporte Municipal (Monto en regresión). - Poca capacidad de respuesta financiera a requerimientos extras del sistema. |
|-------------------------|---|

- ANÁLISIS ÁMBITO EXTERNO: Oportunidades y Amenazas

Oportunidades

- | | |
|----------------------|---|
| 1. Entorno Inmediato | <ul style="list-style-type: none"> - Apoyo de la autoridad sectorial de salud al modelo comunal. - Proyección del modelo local de salud al Foco Social Comunal. |
| 2. Usuarios | <ul style="list-style-type: none"> - Co - responsabilidad en los procesos de salud - enfermedad de los (as) usuarios (as) del sistema. - Mayores niveles de empoderamiento de los usuarios (as) con el sistema. |
| 3. Tecnología | <ul style="list-style-type: none"> - Inclusión de la agenda digital. - Proyecto de licitación de empresa informática. |
| 4. Mundo Privado | <ul style="list-style-type: none"> - Convenios con organismos de educación superior para el desarrollo de nuevos campos clínicos, inversión de proyectos y desarrollo de estudios sociales. - Convenio con organismos prestadores de servicios, principalmente en el ámbito de mantención, movilización y aseo. |

<i>Amenazas</i>	
1. Entorno Inmediato	<ul style="list-style-type: none"> - Tensión del Modelo Comunal de Salud con la propuesta de la autoridad sectorial de salud pública. (SSVQ). - Sistema de financiamiento regido por cumplimiento de requerimientos de la Reforma Nacional. - Condiciones de operatividad de la Reforma.
2. Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> - Sobreexigencia hacia el sistema por parte de los(as) usuarios (as), dado principalmente por el manejo publicitario de las políticas públicas de salud (Régimen de Garantías Explícitas en Salud - AUGE). - Sobredemanda en la APSQ por la existencia de usuarios (as) policonsultantes y dependientes del sistema. - Colapso del sistema, dada la continua demanda de usuarios (as) de otras comunas.
3. Tecnología	<ul style="list-style-type: none"> - Rápida obsolescencia de los equipos y sistemas disponibles.
4. Mundo Privado	<ul style="list-style-type: none"> - No se presentan amenazas en éste ámbito

Síntesis Análisis FODA

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de conducción y liderazgo. - Adaptación al cambio. - Positivas relaciones interpersonales. - Compromiso funcionarios (as). - Visión compartida de la organización. - Altos niveles de especialización profesional. - Capacidad de innovación. - Disponibilidad de información. - Acciones de mejoramiento continuo. - Infraestructura, equipamiento y sistema informático adecuado. - Prestaciones de calidad. - Alto nivel de repuesta a la demanda de los usuarios (as). - Sistema abierto y de fácil acceso. - Sistema presupuestario controlado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Escasa participación comunitaria de los (as) funcionarios (as). - Bajos niveles de asociatividad inter - centros. - Dificultosos procesos de capacitación funcionaria. - Tareas centradas en la administración. - Falta de espacios para la prevención y promoción en salud. - Canales de comunicación deficientes e informales. - Falta de insumos operacionales. - Falta de resolutiveidad en consultas médicas de mediana complejidad. - DDS con niveles de endeudamiento. - Dificultad en el traspaso del aporte municipal. - Baja capacidad de respuesta económica a requerimientos extraordinarios del sistema.
OPORTUNIDADES	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo de la autoridad local al modelo. - Proyección del modelo de salud local al Foco Social comunal. - Co - responsabilidad de los (as) usuarios (as) del sistema. - Usuarios (as) empoderados. - Inclusión del tema salud en la agenda digital de modernización del Estado. - Convenios con organismos de Educación Superior. - Convenios con organismos prestadores de servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tensión del modelo comunal de salud con la propuesta de la Autoridad Sectorial. - Sistema de financiamiento de salud vigente. - Tensión con los procedimientos operativos declarados en la Reforma Nacional de Salud. - Sobreexigencia de los (as) usuarios (as) al sistema - TICs avanzan más rápido que la capacidad del sistema para actualizarse en esta materia.

Análisis Integrado FODA

El análisis integrado de la matriz FODA, nos permite identificar en el cuadrante Fortalezas - Oportunidades, las siguientes potencialidades del sistema:

- *A nivel de actores:*
 - Apoyo de la autoridad local y vínculos de cooperación con organismos externos.
 - Capacidad de conducción y liderazgo por parte del Equipo Directivo de la APSQ.
 - Compromiso funcionario.
 - Co - Responsabilidad del usuario (a).

- *A nivel de Recursos:*
 - Infraestructura, equipamiento y tecnología adecuada.
 - Inclusión del tema salud en la agenda digital del proceso de modernización del Estado.

A partir del cruce de estos elementos el Plan Estratégico incluirá entonces proyectos dirigidos a fortalecer estos actores, logrando su adhesión al plan y optimizando el uso de los recursos disponibles tanto en el medio interno como externo.

Las principales limitaciones del sistema, que potencialmente podrían llegar a convertirse en fortalezas del mismo son:

- *A nivel de actores:*
 - Bajo nivel de asociatividad inter - centros agudizados por canales de comunicación deficientes e informales.
 - Dificultosos procesos de capacitación funcionaria, entorpecida por la excesiva dedicación a tareas administrativas, alejando la gestión de la prevención y promoción en salud.

- *A nivel de recursos:*
- Disponibilidad de recursos financieros solo suficientes para cubrir la demanda de atención proyectada, restando operatividad a la gestión e impidiendo la capacidad de respuesta a eventos de contingencia o la oportunidad de implementar nuevas iniciativas.

Estas limitaciones se convertirán en fortalezas en la medida que se desarrollen procesos de capacitación y nivelación de competencias funcionarias y acciones de mejoramiento continuo; no solo en el ámbito del recurso humano, si no que también en los procesos que estos se ven involucrados.

Respecto al cuadrante de las Amenazas se recurrirá principalmente a la dimensión FO (Fortalezas - Oportunidades) desarrollando proyectos estratégicos que aprovechen la capacidad de liderazgo de los directivos y el apoyo de la autoridad local para acercar posiciones en aquellos aspectos en que la política local de salud se tensiona con los lineamiento nacionales propuestos por la Reforma.

Capítulo VI

Plan Estratégico de Recursos Humanos APSQ

PLAN ESTRATÉGICO DE RECURSOS HUMANOS ATENCIÓN PRIMARIA
DE SALUD COMUNA DE QUILLOTA

▪ CONCEPTO POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS APSQ

"Conjunto de acciones y estrategias que se establecen en función de mejorar y fortalecer el desempeño, asertividad y desarrollo integral de los (as) trabajadores (as) de la Atención Primaria de salud de la Comuna de Quillota, fomentando así su identidad con la organización, a fin de contribuir en la concreción del modelo local de salud, centrado en las garantías ciudadanas y en la co - responsabilidad en salud."

▪ VISIÓN

"Una Política de Recursos Humanos flexible, proactiva, transparente, con equidad en el acceso a la información, tendiente al desarrollo integral de los (as) trabajadores (as) y centrada en las necesidades de la organización".

▪ MISIÓN

"Fomentar el desarrollo de la gestión del Recurso Humano por medio de la generación de acciones y estrategias que permitan mejorar y fortalecer el desempeño, asertividad y desarrollo integral de los (as) trabajadores (as) del sistema, consolidando así su identidad con la organización y contribuyendo a la concreción del modelo local de Salud".

▪ PRINCIPIOS ORIENTADORES

El Plan Estratégico de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota, sustentó su misión en cinco principios orientadores que regirán su accionar para el período 2006 - 2008, entre éstos cuentan:

1. *Identidad Institucional*
2. *Desarrollo Integral de los (as) trabajadores (as)*
3. *Participación en los procesos de desarrollo*

4. *Transparencia y Equidad en el acceso a la información*
5. *Modernización de la Gestión del Recurso Humano*

▪ **OBJETIVOS ESTRATÉGICOS**

A partir de la enunciación de los principios orientadores de la Política de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota, el plan estratégico considera los siguientes objetivos:

1. Contribuir al desarrollo institucional, fomentando la identidad de los (as) trabajadores (as) con los principios de la organización y promoviendo la integración de los de los distintos centros y funcionarios (as) que componen el sistema comunal de salud.
2. Generar condiciones ambientales y competencias laborales que posibiliten a los (as) trabajadores (as) del sistema avanzar a la par en los procesos de modernización de la gestión, facilitando su labor técnica - profesional y el logro de los objetivos de la organización.
3. Fomentar la participación de los (as) trabajadores (as) del sistema en los distintos procesos de desarrollo de la organización, fortaleciendo las instancias existentes y generando nuevos espacios para la discusión y el análisis.
4. Generar estrategias de comunicación que posibiliten de manera equitativa el acceso y difusión de información clara, precisa y confiable, que de cuenta de los cambios vividos al interior del sistema.
5. Modernizar la gestión del Recurso Humano por medio de la generación de estrategias que respondan a las nuevas exigencias del entorno y a los planes futuros de la organización.

Matriz Plan Estratégico Recursos Humanos APSQ

OBJETIVO N° 1	LÍNEAS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p>"Contribuir al desarrollo institucional, fomentando la identidad de los (as) trabajadores (as) con los principios de la organización y promoviendo la integración de los de los distintos centros y funcionarios (as) que componen el sistema comunal de salud"</p>	<p>IDENTIDAD Y DESARROLLO: Contempla todas aquellas acciones destinadas a fomentar la identidad de los (as) trabajadores (as) con los principios orientadores de la organización.</p>	<p>SOCIALIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ORGANIZACIÓN</p> <p>SOCIALIZACIÓN DEL PLAN ANUAL DE SALUD COMUNAL</p> <p>SOCIALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE RECURSOS HUMANOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistematización de los principios orientadores de la APSQ. ▪ Discusión y análisis de los principios orientadores. ▪ Difusión de los principios orientadores ▪ Presentación del Plan de Salud Comunal. ▪ Entrega del documento del Plan Estratégico de Recursos Humanos. ▪ Presentación oficial al sistema del Plan Estratégico de Recursos Humanos. ▪ Gira expositiva del Plan Estratégico de Recursos Humanos.

Matriz Plan Estratégico Recursos Humanos APSQ

OBJETIVO N°1	LÍNEAS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p>"Contribuir al desarrollo institucional, fomentando la identidad de los (as) trabajadores (as) con los principios de la organización y promoviendo la integración de los de los distintos centros y funcionarios (as) que componen el sistema comunal de salud"</p>	<p>INTEGRACIÓN DEL SISTEMA: Considera aquellas acciones orientadas a promover la integración efectiva entre los diversos centros que componen la organización.</p>	<p>ROTACIÓN FUNCIONARIA DIFUSIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR CADA CENTRO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasantías funcionarias entre centros. ▪ Feria de la salud. ▪ Distribución de Boletín informativo mensual del trabajo realizado por centro.
	<p>INTEGRACIÓN FUNCIONARIA: Contempla todas aquellas acciones destinadas a fortalecer los equipos de trabajo y a mejorar el clima organizacional al interior del sistema.</p>	<p>FORTALECIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO CLIMA ORGANIZACIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniones permanentes de trabajo. ▪ Sistema de traspaso de información con otros equipos de trabajo. ▪ Autoevaluación periódica del trabajo realizado. ▪ Espacios de convivencia y encuentro. ▪ Espacios de discusión, reflexión y análisis.

Matriz Plan Estratégico Recursos Humanos APSQ

OBJETIVO N° 2	LÍNEAS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p>"Generar condiciones ambientales y competencias laborales que posibiliten a los (as) trabajadores (as) del sistema avanzar a la par en los procesos de modernización de la gestión, facilitando su labor técnica - profesional y el logro de los objetivos de la organización"</p>	<p>CONDICIONES AMBIENTALES Contempla aquellas acciones destinadas a promover un ambiente de trabajo adecuado, por medio de la mantención de espacios físicos adecuados, ambientes saludables y equipamiento acorde a los requerimientos institucionales.</p>	<p>AMBIENTE SALUDABLE</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantención periódica de los espacios físicos disponibles. ▪ Incorporación de mecanismos de aseo y ornato permanentes. ▪ Mantención y creación de áreas verdes. ▪ Reposición y mantención del equipamiento. ▪ Ambientación y decoración de los espacios. ▪ Campaña salud y limpieza.
		<p>SOPORTE TECNOLÓGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo a la gestión del área informática de la APSQ. ▪ Resguardar la adecuada mantención del sistema computacional
		<p>CLIMA ORGANIZACIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espacios de convivencia y encuentro. ▪ Espacios de discusión, reflexión y análisis.

Matriz Plan Estratégico Recursos Humanos APSQ

OBJETIVO Nº 2	LÍNEAS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p>"Generar condiciones ambientales y competencias laborales que posibiliten a los (as) trabajadores (as) del sistema avanzar a la par en los procesos de modernización de la gestión, facilitando su labor técnica - profesional y el logro de los objetivos de la organización"</p>	<p>COMPETENCIAS LABORALES Considera aquellas acciones que permiten a los (as) trabajadores (as) del sistema contar con las herramientas técnicas - profesionales necesarias para el cumplimiento eficiente de las metas institucionales.</p>	<p>SISTEMA DE CAPACITACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación de un sistema periódico de capacitación. ▪ Realización anual Escuela de Temporada, ▪ Convenios con instituciones educativas que presten servicios de capacitación acordes a los requerimientos institucionales. ▪ Sistema propio de financiamiento para capacitaciones. ▪ Sistema de capacitación compartida con los (as) trabajadores (as). (Horario y financiamiento) ▪ Sistema de réplica de las capacitaciones recibidas.
		<p>ESTUDIOS APLICADOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biblioteca de documentos de trabajo e investigación realizados en la APSQ. ▪ Gestión Seminarios de Título ▪ Gestión prácticas profesionales.

Matriz Plan Estratégico Recursos Humanos APSQ

OBJETIVO N° 2	LÍNEAS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p>"Generar condiciones ambientales y competencias laborales que posibiliten a los (as) trabajadores (as) del sistema avanzar a la par en los procesos de modernización de la gestión, facilitando su labor técnica - profesional y el logro de los objetivos de la organización"</p>	<p>EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO Contempla acciones destinadas a evaluar el desempeño de los (as) trabajadores (as) del sistema, en los diversos ámbitos del quehacer técnico - profesional en los cuales se desenvuelven.</p>	<p>SISTEMA DE CALIFICACIONES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo anual del Sistema de Calificaciones. ▪ Proyecto de autoevaluación funcionaria. ▪ Sistema de evaluación para directivos y encargados de centro por parte de sus respectivos funcionarios (as).

Matriz Plan Estratégico Recursos Humanos APSQ

OBJETIVO N° 3	LÍNEAS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p>"Fomentar la participación de los (as) trabajadores (as) del sistema en los distintos procesos de desarrollo de la organización, fortaleciendo las instancias existentes y generando nuevos espacios para la discusión y el análisis"</p>	<p>PARTICIPACIÓN EFECTIVA Considera aquellas acciones destinadas a estimular la participación funcionaria en los diversos procesos de la organización a través de la promoción de instancias de encuentro, reflexión y análisis.</p>	<p>FOMENTO DE LOS ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN EXISTENTES</p> <p>GENERACIÓN DE ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniones periódicas de directores y encargados de centro. ▪ Reuniones periódicas de personal al interior de cada establecimiento. ▪ Foros de discusión sobre temas de interés para la organización. ▪ Debates periódicos de la realidad institucional. ▪ Conformación equipos de trabajo por centro que participen en el diseño de los nuevos programas institucionales.

Matriz Plan Estratégico Recursos Humanos APSQ

OBJETIVO N° 4	LÍNEAS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p>"Generar estrategias de comunicación que posibiliten equitativamente el acceso y difusión de información clara, precisa y confiable, que de cuenta de los cambios vividos al interior del sistema"</p>	<p>COMUNICACIÓN EFECTIVA Considera aquellas acciones destinadas a promover mecanismos de comunicación interna eficientes y eficaces que permitan el acceso equitativo de información a todos los (as) trabajadores (as) del sistema.</p>	<p>ESTRATEGIAS COMUNICACIONALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño paneles corporativos. ▪ Actualización permanente del link de recursos humanos en la página web del DDS. ▪ Recopilación correos electrónicos funcionarios(as). ▪ Envío de información vía internet.
		<p>CANALES DE COMUNICACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración y socialización de los organigramas de cada centro. ▪ Entrega de boletines informativos mensuales. ▪ Publicación actas reuniones directores y encargados de centro. ▪ Entrega de comunicados especiales de información para temas prioritarios. ▪ Diseño paneles por centro para área de Recursos Humanos.

Matriz Plan Estratégico Recursos Humanos APSQ

OBJETIVO N° 5	LÍNEAS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p>"Modernizar la gestión del Recurso Humano por medio de la generación de estrategias que respondan a las nuevas exigencias del entorno y a los planes futuros de la organización"</p>	<p>PLANIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO Considera aquellas acciones destinadas a promover mecanismos de comunicación interna eficientes y eficaces que permitan el acceso equitativo de información a todos los (as) trabajadores (as) del sistema.</p>	<p>PLANIFICACIÓN ANUAL DE LA DOTACIÓN</p> <p>CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y SELECCIÓN DE PERSONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir requerimientos institucionales. ▪ Sistema de registro digital de postulantes al sistema. ▪ Nómina de registro de personas que realizaron procesos académicos al interior del sistema. ▪ Convenios con instituciones de formación técnica - profesional. ▪ Diseño del perfil del trabajador (a) que requiere la organización. ▪ Criterios propios de selección según cargo a desempeñar. ▪ Definir mecanismos para la elección del postulante. ▪ Determinar comisiones para la selección de cargos.

Matriz Plan Estratégico Recursos Humanos APSQ

OBJETIVO N° 5	LÍNEAS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p>"Modernizar la gestión del Recurso Humano por medio de la generación de estrategias que respondan a las nuevas exigencias del entorno y a los planes futuros de la organización"</p>	<p>PLANIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO Considera aquellas acciones destinadas a promover mecanismos de comunicación interna eficientes y eficaces que permitan el acceso equitativo de información a todos los (as) trabajadores (as) del sistema.</p>	<p>ACOMPANIAMIENTO EN EL INGRESO A LA ORGANIZACIÓN</p> <p>JUBILACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación Modelo de salud comunal. ▪ Presentación funcionamiento DDS. ▪ Presentación en terreno del funcionarios (a) a las diferentes dependencias institucionales. ▪ Entrega de correo electrónico institucional. ▪ Orientación legal funcionarios (as). ▪ Acompañamiento en el proceso de desvinculación. ▪ Reconocimiento y despedida funcionarios (as).

Matriz Plan Estratégico Recursos Humanos APSQ

OBJETIVO N° 5	LÍNEAS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p>"Modernizar la gestión del Recurso Humano por medio de la generación de estrategias que respondan a las nuevas exigencias del entorno y a los planes futuros de la organización"</p>	<p>GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO Contempla aquellas acciones destinadas a modernizar la gestión del recurso humano, por medio de la generación y sistematización de información relevante del recurso humano, de la conformación de perfiles de cargo y de la incorporación de mecanismos de protección y seguridad al interior del sistema.</p>	<p>BASES DE DATOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN</p> <p>DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE CARGOS</p> <p>PROTECCIÓN Y SEGURIDAD EN LA ORGANIZACIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Catastro funcionarios (as) APSQ. ▪ Sistema de registro de antecedentes personales, laborales y familiares de los (as) trabajadores. ▪ Actualización permanente del sistema de registro. ▪ Programa computacional de seguimiento funcionario ▪ Definir rol (es) de los (as) funcionarios (as) del sistema. ▪ Diferenciar roles según perfil de cada centro. ▪ Creación Comité Paritario

Matriz Plan Estratégico Recursos Humanos APSQ

OBJETIVO Nº 5	LÍNEAS	PROGRAMAS	PROYECTOS
<p>"Modernizar la gestión del Recurso Humano por medio de la generación de estrategias que respondan a las nuevas exigencias del entorno y a los planes futuros de la organización"</p>	<p>RECURSOS FINANCIEROS Incorpora acciones destinadas a favorecer el desarrollo de las actividades propias de la gestión del recurso humano por medio de la administración de un presupuesto propio.</p>	<p>MANEJO PRESUPUESTARIO</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyecto de planificación presupuestaria. ▪ Creación de centros de costo para personal de los respectivos centros.

Capítulo VII

Conclusiones

Conclusiones

- *Introducción*

El presente capítulo recoge las principales conclusiones del Equipo Seminarista en relación a los diversos ámbitos que fueron desarrollados y vivenciados durante el Seminario de Título presentado con anterioridad. Las anteriores serán expuestas en base a cinco grandes temas, entre los que cuentan: Conclusiones respecto del proceso; Conclusiones en torno a la metodología utilizada; Conclusiones respecto de la temática abordada; Conclusiones sobre la APS como contexto de la experiencia y, finalmente, Desafíos para Trabajo Social.

1. Conclusiones respecto del Proceso

En el trabajo desarrollado durante este período por el Equipo Seminarista se pueden rescatar variadas observaciones.

En primer lugar, la ejecución del presente Seminario de Título constituye una experiencia de gran importancia para los diversos actores que participaron en el proceso; por una parte, para la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota, como organización patrocinante y sujeto de intervención, el producto obtenido a través de este seminario intenta dar respuesta a una necesidad de primer orden dentro del sistema, como es elaborar un insumo de calidad que guíe el accionar del Área de Recursos Humanos, en este sentido, el contar con una Política de Recursos Humanos que contribuya a mejorar y ordenar los procesos experimentados por el Área de Recursos Humanos, definitivamente va en directo beneficio del trabajo desarrollado por los diversos funcionarios (as) de la organización, propiciando su desarrollo integral de acuerdo a los intereses y necesidades existentes en la institución.

En relación a lo anterior, cabe destacar que el hecho de que el trabajo realizado por las alumnas seminaristas fuese positivamente valorado por los

directivos de la organización, facilitó el desarrollo de las diversas actividades contempladas en su ejecución, pues permitió contar con la debida participación de los miembros de la organización, tanto funcionarios (as) como directivos (as), destacando el respaldo de estos últimos, lo que les llevó a convertirse en actores claves del trabajo realizado, situación que favoreció el logro de un producto de calidad, que responde a las reales necesidades de la organización.

Por otra parte, para el Equipo Seminarista, esta experiencia permitió abordar un ámbito del Trabajo Social con el que no tuvo mayor contacto durante su etapa de formación académica, como es ser agentes de planificación, en este caso de una política de Recursos Humanos, situación que hizo profundizar en una temática de gran importancia para el desarrollo de competencias laborales en los profesionales del área, abordando un aspecto del campo laboral que puede ser explotado con gran éxito por los (as) Trabajadores Sociales, considerando la relevancia que reviste la capacidad de convertirse en profesionales reconocidos y altamente calificados en la elaboración de políticas de desarrollo en variados temas que influyen en el crecimiento integral de toda la sociedad.

En relación al proceso propiamente tal, el Equipo Seminarista considera que el trabajo de configuración de la Política de Recursos Humanos se transformó en un hito que implícitamente cierra la Etapa de Reestructuración del Departamento de Salud dentro de la evolución de la Atención Primaria de Quillota. Este hecho, que marca el comienzo de una nueva forma de trabajo dentro de la administración de salud primaria municipal, se convirtió en la oportunidad de hacer una profunda reflexión respecto de las bases y conceptos que sustentan el accionar de la organización.

El trabajo realizado conllevó un ejercicio de confrontación de ideas y opiniones entre los diversos funcionarios (as), en relación a diferentes temáticas de suma importancia para el futuro de la organización y del Área de Recursos Humanos en particular, lo que permitió sentar las bases de lo que los miembros de la institución esperan para su futuro laboral y, que a través de un trabajo conjunto

con el Equipo Directivo, se pudo plasmar a través de la Política de Recursos Humanos para la APSQ.

En este sentido, una de las principales impresiones que quedó en las Alumnas Seminaristas, es la importancia que atribuyó la gran mayoría de los (as) funcionarios (as), de los distintos estamentos, en relación al trabajo realizado por el Equipo Seminarista, situación que generó la sensación de que hace mucho tiempo los (as) trabajadores (as) esperaban una oportunidad para expresar su opinión respecto de la forma en que se han desarrollado los procesos desde el nivel administrativo y que, lógicamente, delimita el funcionamiento de todo el sistema.

Así también, desde el punto de vista administrativo, el trabajo realizado permitió al Equipo Directivo realizar el ejercicio de reflexionar y dialogar respecto de los intereses y necesidades que presentan como organización, buscando, de esta forma, establecer los mecanismos a adoptar en materia de Recursos Humanos para lograr dar respuesta a las necesidades e intereses existentes. Como se ha planteado, este Seminario ayudó a cerrar la etapa de Reestructuración del Departamento de Salud cambiando, principalmente, los paradigmas y lógicas de trabajo en materia de Recursos Humanos, en el sentido de que la nueva apuesta pasa a ser la Gestión de Recursos Humanos, para dejar atrás la administración de personal, hecho que visualiza la modernización de la organización pro beneficio de los (as) usuarios (as) internos y externos del sistema.

2. Conclusiones en torno a la Metodología utilizada

Desde hace algún tiempo, Planificación Estratégica se ha convertido en una metodología bastante requerida y utilizada en el mundo organizacional, pues presenta la ventaja de poder ser desarrollada por distintas profesiones y en organizaciones de diverso tamaño. Así también, para Trabajo Social representa una herramienta de desarrollo que promueve y facilita el logro de los objetivos propuestos por la organización en que se desempeñen los profesionales del área, independiente de su naturaleza.

En relación a esta experiencia en particular, cabe destacar que la utilización de la Planificación Estratégica como base del trabajo realizado, tuvo una acogida bastante positiva de parte de los miembros de la Atención Primaria de Salud de Quillota para quienes, en términos generales, se presentó como una propuesta novedosa, que promueve la interacción de todos los actores del sistema en el logro de objetivos comunes.

Específicamente, desde el punto de vista de los directivos, la metodología utilizada presentó como principales ventajas el desarrollo del proceso en relación a una visión de futuro, a mediano y largo plazo, integral, que considera los principios y valores institucionales, y que contempla la participación activa de los diversos actores de la organización, de forma de poseer una visión compartida respecto de las materias y ámbitos a planificar dentro del sistema, logrando mayor identificación con el producto obtenido de la planificación.

Siguiendo con lo anterior, la característica estratégica de desarrollar procesos participativos en la aplicación del modelo, representó un considerable esfuerzo para el Equipo Seminarista, debido a que más allá de la convocatoria para las actividades (aspecto que se vio resguardado por el respaldo y apoyo directivo en la coordinación de las mismas), el reto se trasladó a poder transmitir la importancia de la temática abordada a los (as) funcionarios (as) participantes, de forma de asegurar una colaboración seria y acorde a las exigencias que dicho modelo de planificación requiere.

Por otra parte, se plantea que existen ciertas similitudes entre el modelo de Planificación Estratégica y Trabajo Social, entre los que se destacan el que ambos poseen una visión holística de las situaciones que deben enfrentar, hecho que facilita el manejo de la metodología por parte de los profesionales del área, quienes comprenden la importancia de conocer los diversos aspectos que pueden influir en los proyectos o situaciones a planificar. Así también, ambos buscan desarrollar procesos participativos dentro del contexto de su intervención, de forma de crear compromiso entre los actores involucrados en los procesos y una mayor representación de los intereses que poseen dichos actores.

A su vez, los (as) profesionales de Trabajo Social tienen la capacidad de aplicar la metodología de Planificación Estratégica haciéndola tangible para organizaciones que poseen variados grados de complejidad, a la vez de desarrollar su proceso de forma comprensible para personas que tienen diversos niveles de educación y por ende, diferentes grados de comprensión.

Lo anterior resulta fundamental en la aplicación de la metodología en las organizaciones de nuestro país donde, por lo general, dentro de una misma institución interactúan miembros con diversos niveles de preparación, ya sean profesionales, trabajadores de nivel técnico, administrativos y otras personas que desempeñan sus funciones sólo con el sustento de los años de escolaridad obligatorios.

Finalmente se plantea que las competencias que entrega el Trabajo Social para la adecuada aplicación de la metodología de Planificación Estratégica son, principalmente, manejo de grupo, capacidad de trabajo en equipo, técnicas de sistematización y capacidad de análisis, junto al desarrollo de habilidades sociales, imprescindibles para el ejercicio de la profesión; las anteriores, se transforman en herramientas profesionales que propician el manejo y adecuada aplicación de la Metodología Estratégica por parte de los (as) profesionales del Trabajo Social.

3. Conclusiones respecto de la Temática Abordada

Se ha declarado que *Recurso Humano* no son las personas que se desempeñan en una organización, sino que corresponde a las capacidades y talentos que las personas aportan a ésta. Sin embargo, no se puede separar las capacidades de quienes las poseen, por lo que las personas siguen constituyendo el componente más importante para la existencia de cualquier organismo.

Como se ha planteado, el *Recurso Humano* es el eje central de toda organización, pues, en gran medida, depende de ellos el desarrollo y logro de los objetivos institucionales. Si bien el *Recurso Humano* no es el único componente para alcanzar las metas organizacionales, son ellos quienes entregan sus capacidades y habilidades al servicio de su cumplimiento, pues de nada sirve poseer recursos económicos y tecnológicos, si no se cuenta con las personas idóneas que se necesitan para el logro de las metas estratégicas planteadas por la organización, debido a que, en un mundo globalizado y altamente competitivo, las personas son quienes marcan la diferencia.

Sin embargo, cabe destacar que por su importancia, las personas también pueden limitar el desarrollo de la organización, en la medida que privilegien el avance individual por sobre el organizacional. Así también, existe una alta complejidad en la formación de equipos de trabajo que respondan de manera eficiente y eficaz a los requerimientos sociales que se presentan para las organizaciones.

Por lo anterior, existen ciertos elementos que todo trabajador debe desarrollar en relación a la organización, entre estos se destacan: existencia de niveles mínimos de identificación con los principios y valores de la institución, poseer niveles adecuados de integración con las distintas personas que componen la organización, desarrollo de una visión compartida y un conocimiento y respaldo de los planes futuros que existan para la institución, en este sentido, se espera contar con trabajadores que posean disposición al cambio, innovadores y proactivos en el

desempeño de sus funciones, con adecuados niveles de eficiencia que faciliten el cumplimiento sus obligaciones y de las metas propuestas.

Desde el punto de vista anterior, Trabajo Social, como profesión enfocada al desarrollo y bienestar de las personas, puede hacer importantes aportes en la formación del Recurso Humano en las diversas organizaciones, públicas o privadas, a nivel local, regional y nacional; tanto por su visión integral de los diversos componentes que abarcan el bienestar, como por su interés en propiciar las condiciones para que cada individuo logre niveles de desarrollo que le permitan satisfacer sus necesidades personales y los requerimientos organizacionales, a través de la potenciación de sus recursos personales, de forma que asegure un desarrollo sostenible en el tiempo.

Ahora bien, cuando se habla del Recurso Humano que se desempeña en el Sector Primario de Salud, la relevancia que cobra es aun mayor, pues ellos son las personas encargadas de brindar un servicio básico, en relación a la satisfacción de sus necesidades. En este sentido, los (as) profesionales del Trabajo Social que se desenvuelvan en esta área, deben destinar sus capacidades y competencias al logro de un sistema equilibrado de trabajo, donde se provea de la capacitación y autocuidado necesario para que los diversos trabajadores del nivel primario de salud puedan realizar sus funciones de forma eficiente y oportuna, brindando un servicio de calidad a los (as) usuarios (as) del sistema.

En relación a la APSQ, ésta es una organización que permanentemente está modificando su estructura y quehacer institucional, en pos de brindar servicios de calidad para sus usuarios, adecuándose a los requerimientos locales y ministeriales, y adaptándose a las nuevas exigencias que constantemente se van presentando en el sistema. Lo anterior, genera la necesidad de propiciar la formación de un Recurso Humano capaz de adecuarse a continuos cambios y desafíos, capacitado para hacer frente de manera proactiva a las diversas situaciones que deben sortear en el desempeño de sus funciones.

Con lo anterior, nace la necesidad de contar con un instrumento de trabajo que resguarde la creación de condiciones favorables para el trabajo y el desarrollo de competencias que hagan más eficientes las actividades al interior del sistema. Esto es lo que pretende aportar la Política de Recursos Humanos a la APSQ, una orientación a la gestión del área que permita visualizar los diversos campos de desarrollo que son de interés para la organización, a fin de promover una formación funcionaria acorde a la realidad dinámica de la organización.

Por otra parte, el proceso de formación del Recurso Humano que se desempeña en la diversas organizaciones, requiere de una mirada más holística, no sólo centrada en el desarrollo de competencias laborales, sino que incorpore el desarrollo personal como punto fundamental de la satisfacción laboral que motiva el eficiente cumplimiento de objetivos y obligaciones por parte de los (as) trabajadores (as).

La Política de Recursos Humanos se convierte, así, en una guía para la acción y posibilita contar con un mapa de lo que se pretende lograr con la gestión del Recurso Humano, orientando los esfuerzos y recursos necesarios, a nivel directivo y funcionario, para el cumplimiento de las metas propuestas y el avance integral de la organización.

La generación de una Política de RRHH para el sistema local de salud primaria, se visualiza como un paso fundamental en el proceso de modernización de la gestión del Recurso Humano, pues entrega una mirada amplia e integral para el desarrollo de los (as) trabajadores (as) de la organización. En este sentido, los (as) Trabajadores Sociales, independiente del nivel en que se desenvuelvan, deben aportar sus conocimientos respecto de la realidad social en la que se encuentra una parte importante de la fuerza laboral de nuestro país: situaciones de subempleo, bajas remuneraciones, estrés laboral, deficientes medidas de seguridad, incumplimiento de leyes sociales y previsionales, sobrecarga de trabajo y escasos espacios de desarrollo personal; de forma que las políticas de recursos humanos que se apliquen, orienten sus esfuerzos a resolver dichas problemáticas, beneficiando no sólo a los (as) trabajadores (as), sino que a la organización en su

conjunto y al país en términos de productividad laboral y menor demanda por licencias médicas y juicios laborales.

En virtud de lo anterior se debe considerar a la Política de RRHH como un mecanismo concreto de gestión en este ámbito, en la medida que marca los principales lineamientos que permitirán generar competencias técnicas y profesionales en los trabajadores, respondiendo a los requerimientos enunciados anteriormente. A su vez, se constituye en un elemento modernizador de la gestión de la APSQ, en la medida que orienta y guía su proceso desde una perspectiva de desarrollo y calidad; Así también, su formulación se plantea desde un ejercicio de autocrítica que promueve el análisis y evaluación de la situación en que se encuentra la organización, determinando sus fortalezas y debilidades, junto a la identificación de los factores externos que influyen en su desarrollo.

Finalmente, el Equipo Seminarista desea plantear que en el proceso de Configuración del Plan Estratégico para Recursos Humanos del nivel primario de salud de Quillota, se utilizaron todos los recursos metodológicos que intenciona la Planificación Estratégica, de forma de desarrollar un proceso participativo e integral, sin embargo, es responsabilidad del sistema en su conjunto, hacer de la política un verdadero instrumento de avance en la gestión de su recurso humano y de desarrollo para la organización en general.

4. Conclusiones sobre Atención Primaria de Salud como contexto de la Experiencia

El acceso a la salud, junto a la vivienda y la educación, constituye una de las principales preocupaciones de la población, por tanto se estima que ésta es una necesidad de primer orden para todo ser humano.

Contar con sistemas públicos de salud eficientes, de calidad en los servicios prestados, y a su vez abiertos, expeditos y resolutivos, es la principal apuesta de la actual Reforma de la Salud, la cual centra su accionar en proporcionar y garantizar mecanismos de bienestar a la población de modo de alcanzar una adecuada calidad de vida.

En el marco de la Reforma Nacional de Salud, los organismos encargados de prestar servicios de Atención Primaria cobran vital importancia. En sus ejes se menciona a la Atención Primaria como el motor de la salud en Chile, considerando que la mayor proporción de atenciones de salud del país se realizan en este nivel.

La visión futura de país plantea la opción de orientar el accionar de la Atención Primaria hacia una visión que incorpore principalmente elementos de Prevención y Promoción de Salud, de modo que en un corto plazo, las acciones de estos servicios promuevan el desarrollo de mecanismos de autocuidado, fomentado la co - responsabilidad por medio del ejercicio de empoderar a la población en sus procesos de salud - enfermedad y el de sus familias.

Así también, se obedece a la lógica de que es mucho más razonable, y rentable a largo plazo, invertir en promoción y prevención, que en acciones netamente relacionadas a la atención y reparación del daño, pues con las primeras se promueven estilos de vida saludable que hace a la población menos propensa a desarrollar enfermedades crónicas cuyo tratamiento resulta de mayor costo para el Estado.

Es en este sentido, que los servicios públicos y a su vez la Atención Primaria, han experimentado grandes cambios en lo que se refiere a gestión en salud, donde principalmente se han incorporado variados mecanismos, tanto técnicos como administrativos, de modo de adecuar la gestión a los actuales requerimientos del entorno.

Actualmente el Sistema Público de Salud, a través de su Ministerio, promueve la incorporación e implementación de actividades de Prevención y Promoción en Salud como parte central de los planes que se prestan a la comunidad. Sin embargo, los actuales requerimientos en cuanto al cumplimiento de metas por programas, Índices de Actividad (IAAPS) y SIS GES (AUGE) limitan los espacios para que estas actividades se desarrollen, debido principalmente a que una baja en el cumplimiento de los programas, deriva en la baja de recursos económicos que entran vía per - cápita, lo que conlleva a variados problemas.

Lo anterior se relaciona con que el condicionar el aporte económico al cumplimiento de metas sanitarias, obliga a las instituciones prestadoras a centrar su accionar en el tema asistencial y a la necesidad de cubrir la mayor cantidad de puestos de trabajo para el tema médico, afectando también, la contratación de personal establecida por programas, la que se encuentra dirigida a resolver temas curativos y no a promover la contratación de profesionales que se dediquen a la prevención y promoción en salud. Por otra parte, y si bien la existencia de personal que desarrolle temas de promoción existe, éstos muchas veces no poseen la capacidad financiera desde el propio centro, ni cuentan con el recurso humano necesario para realizar actividades preventivas y promocionales de gran envergadura, lo que en síntesis genera instancias de Prevención y Promoción que no poseen el impacto esperado en la comunidad y que no promueven un cambio de visión.

En este punto es importante destacar que los (as) usuarios (as) juegan un papel primordial en el cambio de lógica que se quiere instaurar en la Atención Primaria. Actualmente, la mayoría de las personas que se atienden en los centros de salud primarios, posee una visión muy médica y asistencial, no relacionando

actividades claves de promoción con el fomento de la salud. En este sentido la visión planteada por los (as) usuarios (as) respecto a la salud se relaciona con la presencia o ausencia de enfermedad, lo anterior genera usuarios policonsultantes y demandantes de los servicios de salud pública, tanto a nivel primario como secundario, los cuales constantemente solicitan acciones de tipo médico - asistencial. Dada la visión que los (as) usuarios (as) poseen en torno a la salud, muchas veces muestran reticencia a la incorporación de programas preventivos debido principalmente a que las actividades orientadas a prevención y promoción conllevan un cambio en los estilos de vida de las personas, los cuales muchas veces no están dispuestos a trazar.

Con lo anterior, el Equipo Seminarista plantea como interrogante clave, la siguiente: ¿Está preparado el actual Sistema de Atención Primaria para responder de manera eficiente y eficaz a los procesos de modernización de la gestión? Probablemente son muchas y muy diversas las respuestas a este cuestionamiento, sin embargo, y luego del trabajo realizado creemos que aun falta un largo camino por recorrer para que la visión de salud en Chile, sea acorde a la de un país desarrollado, en donde la Prevención y Promoción sean el eje fundamental del sistema y que todas las personas le asignen a éste ámbito, la importancia que posee como forma de evitar enfermedades y complicaciones a largo plazo.

Por otra parte, y abocándonos a la realidad de Quillota, el proceso de modernización podría ser efectivo si se contara con los recursos necesarios para su implementación, no obstante existe la capacidad de proceso y de adaptación al cambio, por parte de los actores políticos, directivos y funcionarios (as).

Lo anterior se relaciona también con que, desde los niveles ministeriales, el actual sistema de salud mantiene, aún, una visión muy tradicional del área, pues por una parte, no contempla la participación de los involucrados en la planificación del modelo de gestión, situación que genera poca identidad y adhesión con el modelo, y por otra, estandariza los procesos en la medida que en la fijación del modelo predomina una visión general y macro de la situación, resolviendo problemas específicos en las distintas comunidades sin considerar la realidad local. En el caso

de la realidad de la comuna de Quillota, lo anterior se traduce en un fuerte cuestionamiento de su accionar, pues el sistema de salud local tiende a escapar de los lineamientos imperantes, innovando por medio de la implementación de un modelo propio de gestión.

Estas dos visiones, generan una nueva contradicción, pues en la lógica de descentralización del Estado, se espera aumentar el empoderamiento y autonomía de los gobiernos locales, sin embargo actualmente la lógica municipal, como ente regulador de la Atención Primaria, se ve debilitada por una fuerte limitación ministerial a la gestión, pues la mayoría de los procesos se orientan y responden a la lógica macro del Ministerio, principalmente por la relación económica que se establece de por medio, castigando a los sistemas que se mueven fuera de los márgenes establecidos, situación que se puede reflejar en el detrimento del aporte estatal entregado a la APSQ, situación que se viene observando desde hace varios años.

Por último, es importante destacar que existe una contraposición entre los lineamientos que debe seguir la actual Reforma de Salud. Mientras se espera que existan, mayoritariamente, espacios de Prevención y Promoción, también se pone énfasis en que la Atención Primaria sea altamente resolutive, de manera de descongestionar el nivel secundario de atención; para esto se requiere que la Atención Primaria sea capaz de dar solución a gran cantidad de las consultas por morbilidad, de modo que a los servicios de urgencia lleguen sólo aquellos casos que requieran una atención de mayor especialidad. Sin embargo, como se mocionó con anterioridad, esta situación hace que la Atención Primaria deba centrar una gran cantidad de esfuerzos para el tema asistencial y reparación del daño, impidiendo el desarrollo de otras actividades en el ámbito preventivo y promocional de la Salud.

5. Desafíos para Trabajo Social

Luego del desarrollo de la experiencia de Seminario de Título, el Equipo Seminarista puede identificar como desafíos para la profesión de Trabajo Social los siguientes:

En materia de Recursos Humanos se presenta, como principal desafío, el promover la creación de políticas y normativas relacionadas con esta materia, a nivel público y/o organizacional, que tiendan al desarrollo de competencias laborales y acciones de autocuidado en los trabajadores (as), de forma de propiciar la eficiencia y eficacia en el desempeño de sus funciones, mejorando la prestación de los servicios públicos y la productividad en las organizaciones privadas.

Lo anterior conlleva que Trabajo Social debe aportar los conocimientos y destrezas propias de la profesión para la elaboración de dichas políticas, convirtiendo a los (as) Trabajadores Sociales en actores claves del desarrollo laboral del país, empoderándose de un campo de trabajo que la mayoría de las ocasiones se encuentra algo distante del trabajo realizado por los profesionales del área.

Ahora bien, desde el punto de vista de los (as) Trabajadores Sociales que se desempeñan en el área de Salud, dentro del ámbito de Recursos Humanos se presenta como reto la formación de equipos, principalmente en APS, que orienten su accionar en una visión más integral de la salud, especialmente con los profesionales del área de la medicina, quienes por su formación poseen una visión más asistencialista y centrada en los aspectos bio - médicos de la salud, olvidando la influencia de factores sociales y psicológicos en el desarrollo de algunas patologías y problemas de salud. Lo anterior se relaciona también, con propiciar la salida de estos equipos a la comunidad, promoviendo una interacción en terreno, fuera de los establecimientos de salud, de forma de acercar posiciones con la población.

Los (as) profesionales de Trabajo Social deben posicionarse en el Sector Salud no sólo como profesión de terreno, orientada al trabajo en los tres niveles de intervención, sino que debe cobrar una relevancia primordial como ejecutor de políticas públicas a nivel nacional. De esta forma, debe convertirse en un puente entre las necesidades de la población y las autoridades sectoriales encargadas de la formulación de las diversas políticas que se enmarquen en la mejora del nivel de salud de las personas y de su calidad de vida en esta materia.

En relación a lo anterior, Trabajo Social, como profesión centrada en las Ciencias Sociales y conocedora de la realidad nacional, en relación a los recursos de que se dispone a nivel estatal, para la implementación de políticas públicas, debe canalizar sus esfuerzos a lograr el consenso con las autoridades políticas, en las diversas materias relacionadas con los procesos de salud - enfermedad, a fin de que los recursos se prioricen de forma correcta, atendiendo a las reales necesidades de la población y orientando la toma de decisiones a privilegiar las acciones de promoción y prevención en salud, de forma de generar una conciencia de autocuidado y corresponsabilidad a nivel de la población, mejorando paulatinamente la calidad de vida de las personas, desde su nacimiento.

Por otra parte, Trabajo Social debe ganar terreno como profesión especializada para asesorar la formulación de políticas y medidas tendientes a fomentar la promoción y prevención en salud, interiorizando a los responsables de su formulación sobre las mayores ventajas en relación al ahorro y priorización de recursos estatales. Así también, los/as profesionales de Trabajo Social deben orientar sus competencias laborales a ser reconocidos como profesionales capacitadas para ser agentes planificadores de las políticas de salud a nivel de gestión, influyendo en la definición de las líneas a las que deben responder las diversas políticas públicas en esta materia.

No se puede olvidar el desafío de promover en la población un cambio de mentalidad en relación a la importancia del autocuidado y co - responsabilidad en salud, fomentando el desarrollo de acciones preventivas y promocionales, que se orienten a la participación activa de las personas en los procesos de salud -

enfermedad en que se ven involucrados y promoviendo su derecho a participar en la toma de decisiones en materias de salud a nivel local.

Finalmente, y en relación a los planteamientos anteriores, se establece la necesidad de que los (as) Trabajadores Sociales sean profesionales actualizados e informados sobre las diversas materias de salud que influyen en el desarrollo del país, independiente del cargo o posición que ocupe dentro de la organización, pues es de su responsabilidad orientar las acciones que emprendan los niveles directivos del área, integrando a los diversos actores y propiciando la participación de la comunidad en los procesos de salud - enfermedad que experimente la población .

Bibliografía y Anexos

Bibliografía

BIBLIOGRAFÍA

▪ Capítulo I: Contextos de la Experiencia

- Contexto Territorial

1. Chilquinta Energía S.A. "Región de Valparaíso". Sitio Copyright Chilquinta Energía S.A www.quintaregion.cl. Chile. 2005
2. Corporación de Fomento de la Producción (CORFO). "Antecedentes Morfológicos Comuna de Quillota". Sitio Web www.todochile.cl. 1997
3. Ilustre Municipalidad de Quillota. "Historia de Quillota". Sitio Web Oficial www.quillota.cl. 2005
4. Instituto Nacional de Estadísticas (INE). "Censo de Población y Vivienda". Chile. 2002
5. Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN). Gobierno de Chile. "Encuesta de Caracterización Socioeconómica". Chile. 2000.
6. Secretaria Comunal de Planificación (SECPLAN). I. M. Quillota. "Datos Comunales De Infraestructura Menor Urbana y Equipamiento Comunitario". Quillota. 2003.

- Contexto Sanitario

7. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Departamento de Atención Primaria. "Orientaciones para la Programación Local 2003". Chile. 2003
8. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Panamericana de la Salud (OPS). "Perfil del Sistema de Servicios de Salud. Chile". Chile. Abril 2002.
9. Neira Contreras Víctor Hugo. Departamento Salud. I. M. Quillota. "Estudio de Mortalidad de la Comuna de Quillota año 2002". Quillota. 2002.

- Contexto Institucional

10. Departamento de Salud. I. M. Quillota. "Presupuesto Anual 2005". Quillota. Marzo 2005
11. Departamento de Salud. I. M. Quillota. "Registro de Estadísticas". Quillota. Diciembre 2005

12. Departamento de Salud. I. M. Quillota. "Plan de Salud Comunal 2002 - 2004". Quillota. 2002

13. Hospital san Martín de Quillota. "Boletín Informativo". Sitio Web Oficial www.hsmq.cl. Chile. Abril. 2005

14. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. "Ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal". Chile. 1995

15. Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota. "Red Asistencial del SSVQ". Sitio Web Oficial www.ssvq.cl. Chile. Abril. 2005.

▪ *Capítulo II: Marco Referencial*

16. Aedo I. Cristián. "Las Reformas en la Salud en Chile", Centro de Estudios Públicos, sitio Web oficial www.cepchile.cl. Chile, Mayo 2005.

17. Colegio Médico de Chile A.G. "Historia de la Reforma de la Salud". Sitio Web Oficial www.colegiomedico.cl. Chile. Abril. 2005

18. Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública. División de Modernización de la Gestión Pública. "Elementos para un Debate. Documentos de Trabajo", Ministerio Secretaría General de la Presidencia, 2º Edición 1998. Citado en Rojas Francisco. "Articulación y coherencia de los instrumentos de planificación: El caso de Viña del Mar". Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Valparaíso. Marzo 2005

19. Correa Juan Luis. "Proyecto de Autoridad Sanitaria", tomado de "Marco para la Reforma de Salud" www.portalsalud.cl. Chile, Abril 2005.

20. Czeraniuk de Schaffer Nadia. "Dirección de Recursos Humanos. Trabajo de Investigación". Universidad Nacional de Itapúa. Paraguay. 2000. Artículo digital tomado de Sitio Web www.gestiopolis.com. Mayo, 2005.

21. Chávez Donoso Samuel. "RE-EMPLAZANDO PARADIGMAS. 41 Ideas Claves para mejorar la tríada Productividad - Calidad - Seguridad en las empresas del Siglo XXI". Viña del Mar, Chile. Abril de 2001. Tomado de Sitio Web Oficial www.ist.cl. Chile. Mayo 2005

22. Chiavenato Idalberto. "Administración de Recursos Humanos". Segunda Edición. Editorial MC Graw Hill. Colombia. 1994

23. Departamento de Salud. I. M. Quillota. "Plan de Salud 2002 - 2004". Quillota. 2002

24. Diccionario de Administración. "Concepto de Recurso Humano". Sitio Web www.gestiopolis.com. Chile. Mayo 2005

25. Esparragoza J. Alberto. "Administración de RRHH o Talento Humano". Sitio Web www.gestiopolis.com. Chile. Mayo 2005
26. Gobierno de Chile. "Ley 19.937 Autoridad Sanitaria y Gestión". Biblioteca Congreso Nacional, Sitio Web Oficial www.bcn.cl. Chile, Abril 2005
27. Gobierno de Chile SUBDERE. ".Bases Para Una Política de Descentralización .Documento De Trabajo". Chile. Octubre 2002
28. Gobierno de Chile. Ministerio Secretaría General de la Presidencia. "Agenda Gobierno Electrónico 2002 - 2005". Sitio Web www.modernizacion.cl. Chile. Mayo 2005.
29. Kaufman 1993. Citado por Duhalde Hernández Carlos en "Gestión de RRHH". Magíster Salud Pública Universidad de Valparaíso 2004 - 2005. Valparaíso. 2005
30. Ministerio de Salud. "Modelo de Atención Primaria". Gobierno de Chile. Sitio Web Oficial www.minsal.cl Chile. Abril 2005
31. Ministerio de Salud. "Bases para la Reforma". Sitio Web Oficial www.minsal.cl. Chile. Abril 2005
32. Ministerio de Salud. "Decreto Fundado N° 181 Orientación Técnica del Índice de Actividad de la Atención Primaria" Gobierno de Chile. Sitio Web Oficial www.minsal.cl Chile. Abril 2005
33. Ministerio de Salud. FONASA. "Folleto Explicativo funcionamiento AUGE en FONASA". Gobierno de Chile. 2005
34. Mora Frank. "Administración de personal: Conceptos". Sitio Web www.gestiopolis.com. Chile. Mayo 2005
35. Muñoz C. Paola y Vilaza S. Claudia. "Competencias Profesionales y Estándares de desempeño de Trabajo Social en el ámbito Municipal". Seminario de Título. Escuela de Trabajo Social. Universidad de Valparaíso. Valparaíso. 2004
- *Capítulo III: Marco Metodológico*
36. Ander-Egg Ezequiel. "Introducción a la Planificación". Editorial Siglo XXI. 1991
37. Asociación Internacional Para el Progreso de las Comunicaciones. "Planificación Estratégica". Extracto de Administración de las ONGs. Página web www.apc.org
38. Bendlin Cynthia. "Curso de Planificación Estratégica" Magister en Salud Pública, Universidad de Valparaíso. Valparaíso, 2004
39. CEDPA. "Planificación Estratégica". Un Enfoque de Indagación. Washington, USA. 2000

40. Dirección de Desarrollo Comunitario, I. Municipalidad de Viña del Mar. "Plan Estratégico Desarrollo Comunitario 2004". Viña del Mar, 2004.
41. Escalante D. Teolindo. "Planificación Estratégica en PYMES". Universidad Nacional Experimental Simón Rodríguez. Venezuela. 2002.
42. Venegas Guido Salvador. "Planificación Estratégica". Universidad Centroamericana. Nicaragua. Sitio Web www.quality-consultant.com. Chile. Abril, 2005.

ANEXOS

ANEXO 1



"Libro de Reportes"

"Jornada Imagen Objetivo
Política de Recursos Humanos
Atención Primaria de Salud
Comuna de Quillota"

Quillota, 30 de Septiembre de 2005.

- GRUPO 1: "LOS CANGREJOS":



SUS SUEÑOS:

- "Que la Plataforma cuente con un notebook para cada uno"
- "Que en el 2008 se refuercen los administrativos para los rurales"
- "Que en el 2008 no hallan recortes para que la farmacia pueda tener mas remedios"
- "Que los usuarios y funcionarios sean mas limpios"
- "Tendremos un Jardín Infantil para los hijos de nuestros funcionarios"

USTEDES CREEN QUE:

- Bamos a tenes un Kasi...
- Bam ha bolber las ko...
- Bamos a tener sala Cu...
- Bamos ha zer todos de pla...

USTED NO LA K...

- Sr ministro usted va ha pribatar la salut...
- Sr. Director las kalifica... y capacita... se pagaran en el 20010... NO...
- El vanco ofrecio un nuevo conbenio para tarjetas c/mas veneficios... No...

"LAS OPINIONES SON FRUTOS DE SUEÑOS, PERO LA REALIDAD... DICE LA MISMA H..."

▪ GRUPO 2: LOS PULPOS



"PROYECCIÓN DE LA SALUD EN APSQ"

1. Salud Humanizada (Usuario Interno y Externo).
2. Mayor Tecnología.
3. Actualmente (2005) nosotros como funcionarios nos sentimos como robots y poseemos una gran incertidumbre frente a los usuarios, en el 2008 esperamos una mejor calidad de vida laboral y familiar.
4. Mayor productividad y calidad de la atención asociada a satisfacción de usuario interno (estabilidad laboral, autocuidado, etc.).
5. Aumentar información y educación en el usuario.
6. Mayor y mejores recursos, para la compra de material y para contar con uniformes modernos para hombres y mujeres.

- GRUPO 3: LAS ABEJITAS



"DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS"

- EQUITATIVO
- EXPEDITO
- SOLIDARIO
- HUMANO
- PROACTIVO
- TRANSPARENTE
- RESPALDADO
- AMIGABLE
- TRANSPARENTE
- PROFESIONAL
- FORTALECIDO
- ACCESIBLE

FUNCIONARIOS CENTRO

- Espacios participativos e integrados
- Espacios reflexivos y de análisis
- Con estabilidad laboral y económica
- En ambientes gratos

"EN UN FUTURO NO MUY LEJANO...

UN DEPARTAMENTO

UN DEPARTAMENTO

DE RECURSOS HUMANOS!!"

▪ Grupo 4: LAS MARIPOSAS



- 1.- Desarrollo tecnológico y manejo adecuado y eficiente de esta tecnología.
- 2.- Una organización más madura y autorregulada.
- 3.- Una política de recursos humanos que favorezca un ambiente laboral grato y que ayude al desarrollo profesional, laboral y personal.
- 4.-Existencia de una identidad única.
- 5.- Con gente mas sana física, sicológica y socialmente.
- 6.- QUEREMOS MAS...

▪ GRUPO 5: LOS PECES



"SUEÑOS PARA EL 2008"

- Equipos de Trabajo.
- Estabilidad Laboral (ayuda en el ámbito laboral y personal).
- Apoyo al Funcionario.
- Mayor Información al Usuario y Educar.
- No dar Aspirina al Usuario.
- Calidad de Vida.
- Tranquilidad al Usuario.

Para NO... SUFRIR.

▪ GRUPO 6: LAS CHINITAS



"METAS 2008"

- Integración / mayor comunicación interna Institucional.
- Mayor Recurso (generar recursos monetarios y personales)
- Energía (Tiempo de autocuidado Interno).
- Usuario Interno Feliz = Usuario Externo Feliz

- GRUPO 7: LOS CARACOLES



"MODELO DE SALUD COMUNAL IMPLEMENTADO Y DESARROLLADO
PLENAMENTE"

POR:

- Empoderamiento.
- Identidad Propia.
- Acercamiento.
- Autonomía.
- Ambiente.
- Campos Docentes.
- Capacitación.
- Co-responsabilidad.
- Tecnología.
- Personal Calificado.

PROYECTOS JORNADA OPEN SPACE

PROYECTO N° 01

"Desarrollar un proyecto de alfabetización digital"

- Convenio con bibliotecas virtuales.
- Computación más avanzada.
- Chat foros.
- Se puede integrar una página web y capacitación en computación.

PROYECTO N° 02

"Más convenios de "Bienestar" con : Tiendas, Supermercados etc."

- Con el Líder no porque cobran intereses muy caros y cobran muchos intereses.
- En el marco de la integración municipal que el funcionario este dispuesto a cooperar.
- Aprender inglés.

PROYECTO N° 03

"Página Web en sitio del Municipio, donde se difunda el quehacer de la APSQ
(Quiénes somos, que hacemos, funcionarios/as que ingresan etc.)"

- Actualización de datos.
- Capacitación de funcionarios para la confección de la página.
- Voluntarios??.

PROYECTO N° 04

"Pausa Saludable Permanente"

- Poli- deportivo APS, 1° Olimpiadas 2006 Aeróbica".
- Taller de repostería.
- Taller de baile moderno.
- Taller de Reiki, Tai Chi y Yoga.
- Talleres deportivos en instituciones externas con subvenciones Municipales o compartidas.
- Canje de horas deportivas por horas de trabajo.
- Agregar otras disciplinas que tiendan a la recreación (encuentros musicales, encuentros bailables y encuentros culinarios).

PROYECTO N° 05

"Desarrollo Cultural de los (as) Funcionarios (as)"

- Espacios de tiempo y libertad para el desarrollo del espíritu (distinto a ociosidad).
- Actualización continua de manifestaciones culturales.
- Teorización y práctica de conceptos.
- Incorporación de las familias.
- Asociarnos con bibliotecas.
- Utilizar redes locales.

PROYECTO N° 06

"Capacitación con financiamiento compartido entre el Servicio y Funcionario" (90%
x 10%)

- Acorde con la función y con sus proyecciones.
- Aprovechar código "Sence" para gratuidad de cursos (no se puede, sólo empresas).
- Acorde con el espíritu.
- Idiomas extranjeros.

PROYECTO N° 07

"Ambientación y decoración de Espacios, mantención prolongada en el tiempo del
aseo"

- Más auxiliares de servicios.
- Salas de esperas más cómodas.
- Salas relax funcionarios.
- Aseo planificado y con mecanismos de control permanentes.
- Externalización.

PROYECTO N° 08

"Que la carrera funcionaria vaya beneficiando al funcionario a medida que le falten menos años para jubilar"

- Capacitación permanente en computación para los funcionarios.
- Además de bajar la carga horaria con la finalidad de que no sea tan difícil su retiro.

PROYECTO 09

"Diarios murales segmentados en cada centro de salud, donde los otros establecimientos muestren su quehacer."

- TV educativa a los presentes (Salud) en salas de espera.
- Funcionarios comprometidos en hacerlo.

PROYECTO N° 10

"Adquirir un terreno para Camping o de recreación para todos los funcionarios del
Departamento de Salud de Quillota"

- Compra - Venta de acciones para los funcionarios nuevos y los que jubilen en Quillota.
- Con Cooperación de todos los Funcionarios.
- Con cuotas y actividades donde todos participen y se puedan juntar los fondos.
- Con aporte lugar físico Ilustre Municipalidad.
- En temporada de vacaciones - en la playa.

PROYECTO N° 11

"Mejorar Derechos y beneficios en el marco de Salud Oral y Médica para nuestros
Funcionarios"

- Médico Externo.
- Especialistas.
- Psicólogo Especial para Funcionarios.

PROYECTO N° 12

"Capacitación y formación de manejo de equipos Computacionales a nivel Usuario, experto o avanzado"

- Manejo de Windows.
- Manejo de Programas.
- Digitación.

Este proyecto se debe unir a otros.

- Que todos los centros de Salud estén conectados a Internet.
- Construcción de Página Web.

PROYECTO N° 14

"Quisiera tener más tiempo para dedicarle a los pacientes en educar. En prevenir Enfermedades. Contar con un lugar para ello"

- Predicar con el ejemplo.

PROYECTO N° 15

- Sala Cuna. Que se pronto.
- Jardín Infantil.
- Centro de Cuidados niños entre 5 y 14 años. (Mucha edad)
- Se puede lograr a través de integración con toda la Municipalidad, en base a proyecto de planificación.
- El tema de los hijos de mayor edad es un problema latente ya que en general los dos padres trabajan.

PROYECTO N° 16

"Destinar 1/2 hora diaria de la jornada de trabajo para realizar autocuidado de los
Funcionarios"

... ES NECESARIO !! POR FAVOR!!

- 1/2 hora menos de jornada laboral.
- O 1/2 hora menos de cahuin.
- O 1/2 hora más de vida.
- Momentos de catarsis.

PROYECTO 17

"Se promueva la integración de todos"

- Bienestar único para todos.
- Navidades para los niños.
- Más compromiso de los funcionarios.
- Trabajar la dimensión espiritual.
- Definir categorías de integración.
- Promover la individualización (distinto a individualismo)

PROYECTO N° 18

Implementar una sala de espera para adolescentes.

- Se requiere más detalles.
- Propuesta por adolescentes.
- Extender para los hijos adolescentes de funcionarios.
- Adecuar espacios con música o TV con temas juveniles en marco de prevención y promoción de salud.
- Solicitar aportes económicos para la aplicación a instituciones externas a Reprolatina que tiene el proyecto de adolescentes y empresa privada y comercio general.
- Coordinación y auspicio de Centro de Promoción de la Salud y la Cultura, DAEM Quillota, Casa de la Cultura, Universidades etc.

PROYECTO 19

"Convivencia una tarde al mes con los compañeros de trabajo"

- Con aportes de todos

RESULTADOS VOTACION PROYECTOS OPEN SPACE

Nº PROYECTO	NUMERO DE VOTOS CAPTADOS	PORCENTAJE DEL TOTAL (%)
1	4	3,67
2	2	1,83
3	1	0,92
4	20	18,35
5	16	14,68
6	4	3,67
7	4	3,67
8	4	3,67
9	0	0,00
10	18	16,51
11	3	2,75
12	8	7,34
13	8	7,34
14	1	0,92
15	3	2,75
16	3	2,75
17	2	1,83
18	6	5,50
19	2	1,83

ANEXO 2

INDICE DE GRÁFICOS

▪ Capítulo I: Contextos de la Experiencia

Contexto Territorial

- Gráfico N° 1: - Población Comuna de Quillota según sexo	13
- Gráfico N° 2: - Distribución de la Población según Ubicación Geográfica	13
- Gráfico N° 3: - División de la Población por Grupo Etáreo	14
- Gráfico N° 4: - Estado Civil Habitantes de Quillota	14
- Gráfico N° 5: - Índice de Alfabetización comuna de Quillota	15
- Gráfico N° 6: - Fuerza de Trabajo comuna de Quillota	15
- Gráfico N° 7: - Actividades Económicas comuna de Quillota	16
- Gráfico N° 8: - Índice de Pobreza comuna de Quillota	17

ANEXO 3

INDICE DE FIGURAS

Capítulo I: Marco Contextual

▪ Contexto Territorial

- Figura N° 1:
- División Política Administrativa V Región 10
- Figura N° 2:
- División Política Administrativa Provincia de Quillota 11

▪ Contexto Institucional

- Figura N° 3:
- Estructura Organizacional APSQ. 31
- Figura N° 4:
- Flujograma DDS. 35
- Figura N° 5:
- Proceso de Adaptación Trabajadores (as) APSQ 38
- Figura N° 6:
- Principales ámbitos de acción Modelo de Salud. 45
- Figura N° 7:
- Ámbitos del Modelo Comunal de Salud 47

Capítulo II: Marco Referencial

- Figura N° 8:
- Reformas de la Salud en Chile 50
- Figura N° 9:
- Estructura Sistema Público de Salud hasta la Década de los 70' 51
- Figura N° 10:
- Estructura Sistema Público de Salud Década de los 80' 55
- Figura N° 11:
- Normativa Traspaso Salud Primaria a los Municipios 56
- Figura N° 12:
- Etapas Proceso Planificación Plan de Salud Municipal 60

- Figura N° 13	63
- Proyectos contemplados en la actual Reforma de Salud	
- Figura N° 14	64
- Principios que Conllevaron la actual Reforma	
- Figura N° 15	65
- Ejes Rectores Reforma Nacional de Salud	
- Figura N° 16:	66
- Instituciones en que reside la Autoridad Sanitaria	
- Figura N° 17:	69
- Estructura Actual Sistema de Salud Público	
- Figura N° 18:	72
- Pilares Reforma de Salud	
- Figura N° 19:	76
- Financiamiento Atención Primaria de Salud	
- Figura N° 20:	81
- Garantías AUGE	
- Figura N° 21:	83
- Patologías AUGE atendidas en APS y Patologías Derivadas al Nivel Secundario de Salud.	
- Figura N° 22:	88
- Iniciativas Proceso de Modernización del Estado en materia digital	
- Figura N° 23:	91
- Metas Gobierno Electrónico en Ciudadanía	
- Figura N° 24:	100
- Técnicas de Recolección de Información en RRHH y Futuras Decisiones	
- Figura N° 25:	101
- Objetivos de la Gestión del Recurso Humano	
- Figura N° 26:	103
- Subsistemas del Proceso de Gestión de Recursos Humanos	
- Figura N° 27:	106
- Niveles Clima Laboral	

Capítulo III: Marco Metodológico

- Figura N° 28:	111
- Uso Planificación Estratégica en la Antigüedad	
- Figura N° 29:	126
- Componentes Atmósfera Ambiental	
- Figura N° 30:	130
- Consideraciones en la Formulación de Objetivos Estratégicos	
- Figura N° 31:	135
- Ejes Planificación Estratégica	
- Figura N° 32:	143
- Esquema de Aplicación Metodología de Planificación Estratégica	

Capítulo V: Análisis Estratégico

Análisis Externo

- Figura N° 33:	197
- Categorías de Análisis Externo APSQ	
- Figura N° 34:	200
- Aspectos en los que incide los nuevos requerimientos de la Gestión en Salud	
- Figura N° 35:	207
- Aspectos en los que incide el Cambio en las Características de los (as) usuarios (as) del Sistema	

Análisis Interno

- Figura N° 36:	216
- Categorías Análisis Interno APSQ	
- Figura N° 37:	217
- Subcategorías Infraestructura y Equipamientos	
- Figura N° 38:	226
- Elementos Categoría Tecnologías de la Información	
- Figura N° 39:	234
- Condición Contractuales de Funcionarios (as) APSQ Según Centro en el que Desempeñan su Quehacer Laboral	

- Figura N° 40:	238
- Elementos que Componen la Carrera Funcionaria de la APSQ	
- Figura N° 41:	256
- Elementos que distinguen la Cultura Organizacional de la APSQ	
- Figura N° 42:	261
- Niveles de Compromiso al Interior del Sistema	
- Figura N° 43:	276
- Efectos de la Complejización de Funciones	
- Figura N° 44:	281
- Características del Buen Funcionario (a) de la APSQ	
- Figura N° 45:	283
- Elementos a Considerar en la Categoría Adecuación de la Estructura Organizacional a los Nuevos Procesos de Gestión en Salud	
- Figura N° 46:	284
- Motivaciones para la Reestructuración de Áreas de Trabajo de DDS	

ANEXO 4

ÍNDICE DE CUADROS

Capítulo I: Contextos de la Experiencia

▪ Contexto Sanitario

- Cuadro 1: 19
- Causas de Muerte y Carga de Enfermedades en Chile
- Cuadro 2: 21
- Principales Problemas Sanitarios Comuna de Quillota

▪ Contexto Institucional

- Cuadro 3: 25
- Antecedentes Generales de la Institución Patrocinante
- Cuadro 4: 26
- Centros de Salud Municipales comuna de Quillota
- Cuadro 5: 29
- Presupuesto APSQ
- Cuadro 6: 36
- Dotación APSQ
- Cuadro 7: 38
- Etapas APSQ

Capítulo II: Marco Referencial:

- Cuadro 8: 53
- Financiamiento Servicios de Salud de la época
- Cuadro 9: 61
- Plazos Establecidos Entrega Plan de Salud Comunal
- Cuadro N° 10: 77
- IAAPS
- Cuadro N° 11: 79
- Porcentaje de Rebaja por incumplimiento de metas

- Cuadro 12:	79
- Actividades GES	
- Cuadro 13:	79
- Porcentaje de rebaja por incumplimiento actividades GES	
- Cuadro 14:	80
- Semestres móviles evaluados v/s aplicación de rebaja	
- Cuadro 15:	88
- Avances en Materia Digital Gobierno Electrónico	
- Cuadro 16:	100
- Técnicas del proceso de Gestión del RRHH en ámbitos externos e internos	
- Cuadro 17:	104
- Características Cultura Organizacional	
- Cuadro 18:	105
- Elementos Cultura Organizacional	
- Cuadro 19:	105
- Características del Clima Laboral	
 <i>Capítulo III: Marco Metodológico</i>	
- Cuadro 20:	134
- Modelo Matriz de Planificación	
 <i>Capítulo V: Análisis Estratégico</i>	
<i>Análisis Interno</i>	
- Cuadro N° 21:	230
- Programas Computacionales con los que Opera la APSQ	

ANEXO 5

INDICE FOTOGRAFÍAS

- Fotografía N° 1:	155
- I Jornada Reflexión y Análisis Equipo Directivo DDS APSQ.	
- Fotografía N° 2:	161
- Jornada Reflexión y Análisis Funcionarios APSQ. Estamentos E y F	
- Fotografía N° 3:	168
- Jornada Reflexión y Análisis Funcionarios APSQ. Estamento D	
- Fotografía N° 4:	174
- Jornada Reflexión y Análisis Funcionarios APSQ. Estamentos A y B	
- Fotografía N° 5:	181
- II Jornada Reflexión y Análisis Equipo Directivo DDS APSQ.	
- Fotografía N° 6:	188
- Jornada Imagen Objetivo Política de Recursos Humanos APSQ. Trabajo Grupal	
- Fotografía N° 7:	188
- Jornada Imagen Objetivo Política de Recursos Humanos APSQ. Presentación de Proyectos.	
- Fotografía N° 8:	194
- Entrega Oficial Plan Estratégico de Recursos Humanos APSQ.	
- Fotografía N° 9:	218
- Centro de Salud Doctor Miguel Concha	
- Fotografía N° 10:	218
- Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez	
- Fotografía N° 11:	219
- Centro de Salud San Pedro	
- Fotografía N° 12:	219
- Centro de Salud Boco	
- Fotografía N° 13:	219
- Centro de Salud La Palma	
- Fotografía N° 14:	219
- Posta Rural Manzanar	

- Fotografía N° 15: 221
- Departamento de Salud Quillota

- Fotografía N° 16: 221
- Plataforma de *Gestión Familiar*

- Fotografía N° 17: 221
- Centro de Promoción de la Salud y la Cultura

ANEXO 6

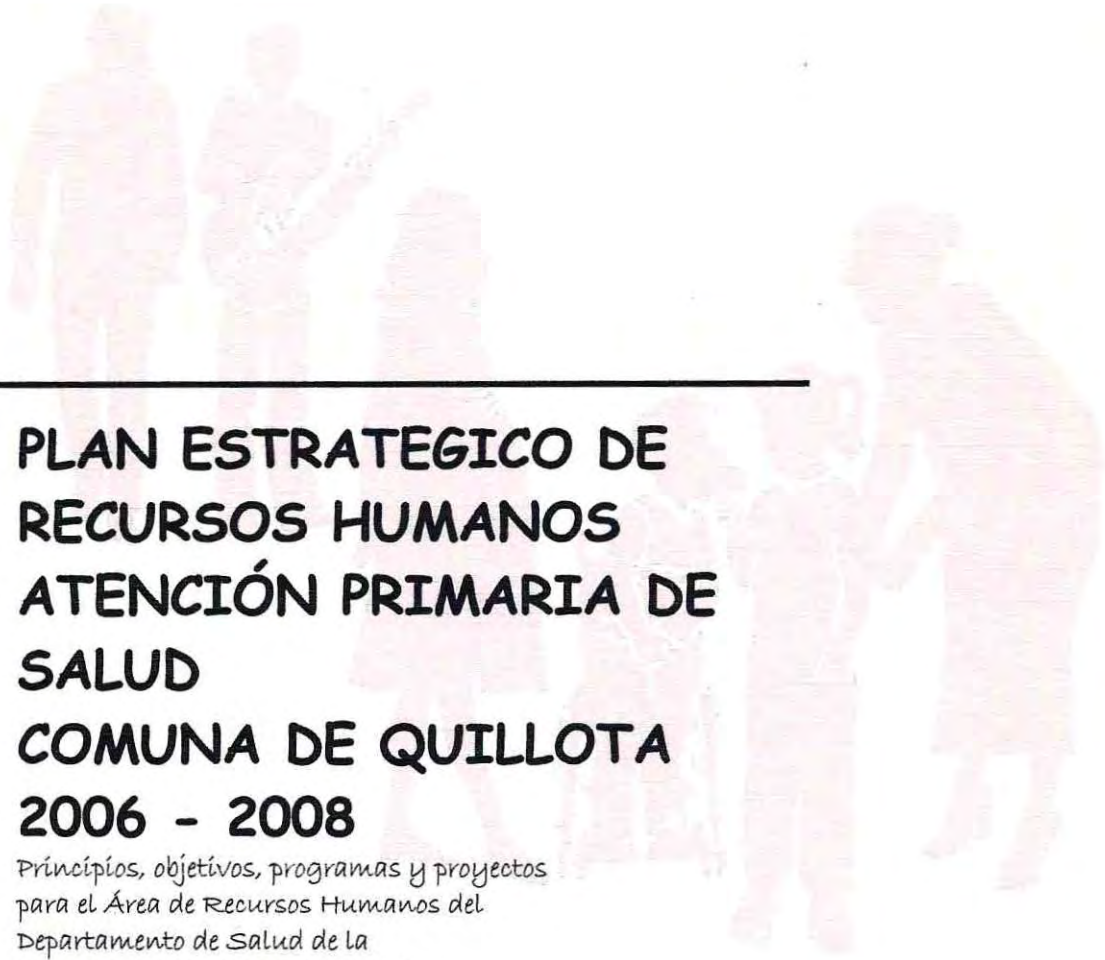
Codificación Citas Análisis Estratégico

- EPC DDS: Entrevistas Personas Claves DDS
- ED APSQ: Entrevistas Directoras/es Centros Dependientes APSQ
- I JED APSQ: I Jornada Reflexión y Análisis Equipo Directivo DDS
- JAAS APSQ: Jornada Análisis y Reflexión Funcionarios Administrativos y Auxiliares de Servicio
- JTP APSQ: Jornada Análisis y Reflexión Funcionarios Técnicos Paramédicos
- JP APSQ: Jornada Análisis y Reflexión Funcionarios Profesionales
- II JED APSQ: II Jornada Reflexión y Análisis Equipo Directivo DDS

Anexo 7

- Documento Política de Recursos Humanos Atención Primaria de Salud Comuna de Quillota. (Producto Seminario de Título / Ver y pedir documento extra).

I. Municipalidad de Quillota



**PLAN ESTRATEGICO DE
RECURSOS HUMANOS
ATENCIÓN PRIMARIA DE
SALUD
COMUNA DE QUILLOTA
2006 - 2008**

Principios, objetivos, programas y proyectos
para el Área de Recursos Humanos del
Departamento de Salud de la
Ilustre Municipalidad de Quillota

Departamento de Salud

POLITICA DE RECURSOS HUMANOS APSQ

Principios, Objetivos, Programas y Proyectos del Área de Recursos Humanos del DDS

EQUIPO DIRECTIVO DEPARTAMENTO DE SALUD (DDS)

DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD
Área Recursos Humanos
Área Gestión de Admisión
Área Gestión Clínica
Área Finanzas y Presupuesto
Coordinación Áreas

Víctor Alvarado Miric
Claudia Maturana Donoso
Viviana Arancibia Cantillana
Pablo Lira Mendiguren
Mauricio Carvajal Tapia
Carolina Ibacache Carrasco

DIRECTORES (AS) Y ENCARGADOS (AS) DEPENDENCIAS DDS

Centro de Salud Doctor Miguel Concha
Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez
Centro de Salud San Pedro
Centro de Salud Boco
Centro de Salud La Palma
Centro de Promoción de la Salud y la Cultura
Plataforma de Gestión Familiar

Waleska Real Irribarra
Zahira Gálvez Ocaranza
Mónica Quiroga Fernández
Paola Anabalón Videla
Pamela Espinoza Vásquez
Sandra Varas Castillo
Víctor Neira Contreras

ENCARGADOS DE PERSONAL CENTROS DE SALUD URBANOS

Centro de Salud Doctor Miguel Concha
Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez

Xavier Mendoza Cedeño
Ramón Suárez Lago

ASESORES METODOLÓGICOS

María Antonieta Urquieta Álvarez

Asistente Social. Docente Escuela
Trabajo Social. Universidad de Valparaíso.

Víctor Neira Contreras

Asistente Social. Encargado Plataforma
de Gestión Familiar.

COMISIÓN REDACTORA

Elizabeth Dedes Aedo

Alumna Seminarista Trabajo Social.
Universidad de Valparaíso.

Patricia Romero Díaz

Alumna Seminarista Trabajo Social.
Universidad de Valparaíso.

Departamento de Salud
Ilustre Municipalidad de Quillota
La Concepción 578, Quillota
Fonos: 310214 - 267769 - 267770 Fax: 267768
Sitio Web: www.dds.cl
Correo Electrónico: direcciondds@terra.cl

INDICE

1. PRESENTACIÓN	4
2. ANTECEDENTES GENERALES	5
• Introducción	6
• Departamento de Salud. Ilustre Municipalidad de Quillota	8
• Planificación Estratégica	10
• Metodología de Trabajo	12
3. PLAN ESTRATÉGICO DE RECURSOS HUMANOS ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD COMUNA D3 QUILLOTA. 2006	14
• Concepto Política Recursos Humanos APSQ	15
• Visión	15
• Misión	15
• Principios Orientadores	15
• Objetivos Estratégicos	23
• Líneas Estratégicas y Programas	25
• Matriz Estratégica	34
- Objetivo N° 1: Líneas, Programas y Proyectos	35
- Objetivo N° 2: Líneas, Programas y Proyectos	37
- Objetivo N° 3: Líneas, Programas y Proyectos	39
- Objetivo N° 4: Líneas, Programas y Proyectos	40
- Objetivo N° 5: Líneas, Programas y Proyectos	41
4. AGRADECIMIENTOS	44



PRESENTACIÓN

El presente Plan Estratégico de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota, se enmarca dentro del proceso de Seminario de Título de la carrera de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, realizado por las alumnas Elizabeth Dedes Aedo y Patricia Romero Díaz durante el período académico 2005.

Dicho Seminario contó con la supervisión de la docente de la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, Srta. María Antonieta Urquieta Álvarez y con la supervisión institucional del Asistente Social, encargado de la Plataforma de Gestión Familiar Sr. Víctor Neira Contreras, además de la colaboración de la encargada del Área de Recursos Humanos del DDS Sra. Claudia Maturana Donoso.

El proceso de configuración del Plan Estratégico de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota, incorporó el trabajo conjunto del Equipo Directivo del DDS, así como también la participación de los (as) trabajadores (as) del sistema, pertenecientes a los diferentes estamentos definidos por el Estatuto de Atención Primaria y al personal del Departamento de Salud, cuyo accionar es regido por el Código Laboral.

A continuación se presenta el Plan Estratégico de Recursos Humanos de la APSQ, para el período 2006 - 2008.

Antecedentes Generales



INTRODUCCIÓN

En la última década, nuestra ciudad se ha consolidado como Comuna Saludable. En todos los ámbitos, Quillota se ha ido transformando en un lugar mejor para vivir, para trabajar, para iniciar nuevos caminos, para construir nuevos sueños y para ser personas más felices.

Parte fundamental de este proceso de consolidación, está radicado en la modernización que este Municipio ha llevado adelante, donde el aporte de los (as) trabajadores (as) municipales ha destacado por su compromiso y entrega, mejorando su desempeño diario para brindar prestaciones de mayor calidad, innovando en el quehacer para dar cuenta de los nuevos desafíos que surgen en el día a día.

Desarrollar políticas que posibiliten el mejor desempeño de nuestros trabajadores (as) constituye uno de los desafíos permanentes de esta gestión, y, por lo tanto, a nivel municipal se ha impulsado la generación de políticas de recursos humanos.

El Departamento de Salud de la Ilustre Municipalidad de Quillota, presenta en este documento el esfuerzo que en conjunto han desarrollado sus Equipos Directivos y funcionarios y funcionarias para configurar la Política de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud, en la cual se han vertido los sueños, anhelos y compromisos que permiten contar con un trabajador/a que tenga las herramientas técnicas para realizar su cometido, que se comprometa con la institución y que desarrolle su asertividad.

Un aporte importante para este proceso es el que nos ha brindado la Escuela de Trabajo Social de la Universidad de Valparaíso, que mediante el apoyo de dos seminaristas de esa carrera, nos ha permitido elaborar y sistematizar este esfuerzo tan importante para la Atención Primaria de Salud y para nuestro Municipio.

Entonces, y como se mencionó en un principio, Quillota se sigue transformando en un lugar mejor para vivir, y su Atención Primaria de Salud se desarrolla e innova para ser mejor y brindar un mayor apoyo al bienestar de los habitantes de esta ciudad.

"Innovasiendo Feliz" fue el nombre de nuestra última Escuela de Temporada. Innovar para ser Trabajadores Saludables es el lema que impulsa esta Configuración de Política de Recursos Humanos.

VICTOR ALVARADO MIRIC
DIRECTOR DEPARTAMENTO DE SALUD
I. MUNICIPALIDAD DE QUILLOTA

DEPARTAMENTO DE SALUD

El Departamento de Salud (DDS) de la Ilustre Municipalidad de Quillota es el organismo encargado de la administración y dirección de los Servicios de Salud Primaria de la comuna. Dicha Institución tiene bajo su supervisión los siguientes centros:

▪ Centro de Salud Doctor Miguel Concha	(CSDMC)	
▪ Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez	(CSCRSH)	
▪ Centro de Salud San Pedro	(CSSP)	
▪ Centro de Salud Boco	(CSB)	
▪ Centro de Salud La Palma	(CSLP)	
▪ Centro de Promoción de la Salud y la Cultura	(CPSC)	
▪ Plataforma de Gestión Familiar	(PGF)	

De los cinco centros de salud dependientes del DDS, dos se ubican en el casco urbano de la ciudad y los tres restantes pertenecen a las localidades rurales de la comuna. En el sector urbano, el Centro de Salud Doctor Miguel Concha y el Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez dividen sus funciones, centrando en el primero todas aquellas funciones relacionadas con la atención al daño en salud (morbilidad) y en el segundo, todas aquellas funciones orientadas al aspecto preventivo y promocional en salud, incorporando en todas las prestaciones el enfoque familiar. Por otra parte los tres centros de salud rurales, ubicados en los sectores de San Pedro, Boco y La Palma mueven su accionar en los dos ámbitos anteriores, promoviendo el desarrollo de comunidades rurales saludables.

El Centro de Promoción de la Salud y la Cultura, junto a la Plataforma de Gestión Familiar presentan el componente de innovación con el que la APSQ se ha querido distinguir frente a las demás comunas del país y principalmente responder de manera eficiente a las necesidades de la comunidad, instaurando el concepto de co - responsabilidad en salud y

haciendo efectivo el ejercicio de las garantías ciudadanas. En tal sentido, la Plataforma de Gestión Familiar centra su accionar en el trabajo con familias, y en el acompañamiento de éstas en los procesos de salud - enfermedad, mientras el Centro de Promoción de la Salud y la Cultura se dedica al ámbito promocional de la salud por medio del desarrollo del concepto de bienestar desde la perspectiva de la integración y la cultura, promoviendo el bienestar tanto físico y mental, principalmente en mujeres y jóvenes.

Durante el primer trimestre del año 2005 y en virtud de adecuar la gestión a las nuevas exigencias y a ser más eficiente y eficaz la administración de esta unidad, el Departamento de Salud reestructuró su accionar con la creación de cinco áreas de trabajo entre las que cuentan:

- Área Recursos Humanos
- Área Gestión de Admisión
- Área Gestión Clínica
- Área Finanzas y Presupuesto
- Coordinación Áreas

Dichas áreas poseen bajo su supervisión un conjunto de tareas específicas a cumplir, sin embargo ninguna es excluyente de la otra, privilegiándose el trabajo conjunto e integrado entre ellas para alcanzar de mejor manera los objetivos institucionales.



PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA

La planificación tradicional centra su accionar en el diseño de programas y proyectos para responder a problemas identificados. La planificación estratégica por su parte, además de considerar el problema identificado, incorpora los contextos internos y externos en los cuales se van a desarrollar dichos programas y proyectos planeados para dar solución a tales problemáticas.¹

La Planificación Estratégica es un proceso que mantiene unido al equipo directivo para traducir la misión, visión y estrategia en resultados tangibles, reduce los conflictos, fomenta la participación y el compromiso a todos los niveles de la organización con los esfuerzos requeridos para hacer realidad el futuro que se desea

Desde el punto de vista de la Formulación de Proyectos, la Estrategia representa el Plan General que busca organizar, orientar y dar sentido al universo de actividades que permitirán lograr eficazmente los objetivos organizacionales.

Lo anterior hace necesario vislumbrar la Estrategia como una totalidad que abarque los diversos factores que pueden influir en el logro de los objetivos planteados.

De acuerdo a lo expuesto con anterioridad, el proceso de Planificación Estratégica se caracteriza por:

- El carácter global y/o integral de la estrategia, situación que orienta una respuesta general de lo que se va a realizar para lograr las metas propuestas.
- Ordenar y orientar las actividades a realizar, generando una visión de integración y complemento del Plan Estratégico.

¹ Plan Estratégico de Desarrollo Comunitario (PLADECO) Ilustre Municipalidad de Viña del Mar, 2004.

- Ayudar en la búsqueda y detección sistemática de nuevas oportunidades de desarrollo para la organización.

Para la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota, el contar con un Plan Estratégico permite orientar la acción hacia una mejor gestión del Recurso Humano, en pro del cumplimiento de los objetivos institucionales:

1. Ordena, orienta y facilita la gestión del Recurso Humano en la medida que responde a las necesidades organizacionales por medio del desarrollo integral de los (as) trabajadores del sistema.
2. Incorpora mecanismos de evaluación a la gestión
3. Facilita la toma de decisiones en relación a temas prioritarios del Recurso Humano.

METODOLOGÍA DE TRABAJO

La configuración del Plan Estratégico de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota surgió de la necesidad de contar con una política que permitiera determinar el conjunto de acciones que se debían seguir en el ámbito del recurso humano para el período 2006 - 2008.

Para el desarrollo de dicho plan fue necesario establecer un número importante de acciones, las cuales se desarrollaron en las siguientes etapas:

1. Concepto de Política de Recursos Humanos para la APSQ.
2. Análisis de Situación (Análisis interno y externo de la organización).
3. Configuración de la Visión y Misión de la Política de Recursos Humanos de la APSQ.
4. Identificación de los principios que sustentan la misión del plan estratégico.
5. Definición de objetivos estratégicos y líneas de acción.
6. Formulación de propuestas programáticas en función de los objetivos estratégicos del plan en general.

Por su parte la metodología de trabajo se caracterizó por ser:

- Participativa, en la medida que logró incorporar y comprometer en la construcción del plan a un número importante de trabajadores (as) del sistema, pertenecientes a los diversos centros, estamentos y cargos.
- Integral, en cuanto no sólo contempló la discusión técnica de programas y proyectos, si no también incorporo las reflexiones, apreciaciones y convicciones acerca de los planes futuros para la organización.

- Inductiva, dado que los objetivos del plan se elaboraron sobre la base de la integración de programas y proyectos propuestos por diferentes sectores e individuos de la organización.

Las preguntas que orientaron este proceso de planificación fueron:

- a) ¿Cuál es la misión de la Política de Recursos Humanos de la APSQ?
¿Qué pretendemos lograr como Área de Recursos Humanos de la APSQ? ¿Cuáles son nuestros propósitos u objetivos respecto a la gestión del recurso humano al interior de la APSQ? ¿Qué productos o metas pretendemos alcanzar?
- b) ¿Cuáles son los principios que sustentan la misión de la Política de Recursos Humanos?
¿Existe consenso respecto a lo que entendemos por Política de Recursos Humanos?
- c) ¿Qué Objetivos estratégicos deben lograrse para cumplir con la misión de la Política?
¿Qué estrategia hemos definido en conjunto para lograr nuestro propósito?
- d) ¿Qué programas y proyectos debemos ejecutar para dar cumplimiento a los objetivos estratégicos? ¿Cuáles son los principales ejes o áreas de acción? ¿Las acciones planificadas responden efectiva y consensuadamente a los próximos desafíos del Área de Recursos Humanos de la APSQ?



Plan Estratégico de Recursos Humanos
Atención Primaria de Salud
Comuna de Quillota 2006



CONCEPTO POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS APSQ

"Conjunto de acciones y estrategias que se establecen en función de mejorar y fortalecer el desempeño, asertividad y desarrollo integral de los (as) trabajadores (as) de la Atención Primaria de salud de la Comuna de Quillota, fomentando así su identidad con la organización, a fin de contribuir en la concreción del modelo local de salud, centrado en las garantías ciudadanas y en la co - responsabilidad en salud."

VISIÓN

"Una Política de Recursos Humanos flexible, proactiva, transparente, con equidad en el acceso a la información, tendiente al desarrollo integral de los (as) trabajadores (as) y centrada en las necesidades de la organización".

MISIÓN

"Fomentar el desarrollo de la gestión del Recurso Humano por medio de la generación de acciones y estrategias que permitan mejorar y fortalecer el desempeño, asertividad y desarrollo integral de los (as) trabajadores (as) del sistema, consolidando así su identidad con la organización y contribuyendo a la concreción del modelo local de Salud".

PRINCIPIOS ORIENTADORES

La Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota posee la obligación de entregar servicios eficientes, eficaces y de alto valor agregado a los (as) usuarios (as) del sistema, de modo de buscar la satisfacción de las necesidades de la población en el ámbito de la salud y avanzar en el fortalecimiento de la co - responsabilidad entre usuarios (as) y sistema. Lo anterior implica identificar y profundizar las temáticas prioritarias para el

desarrollo de la organización, orientándose al logro de niveles crecientes de eficiencia en la administración pública de los servicios de salud.

Frente a esta obligación, la Política de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota fundamenta su accionar en ciertos principios ético - valóricos orientados a fomentar el progreso de los (as) trabajadores (as) en función del logro de los objetivos de la organización. Los principios que sustentan esta política se identifican de la siguiente manera: Identidad Institucional, Desarrollo Integral de los (as) trabajadores (as), Participación en los Procesos de Desarrollo, Transparencia y Equidad en el acceso a la Información y por último Modernización de la Gestión del Recurso Humano.

1. Identidad Institucional

La Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota posee diversos principios que orientan su accionar, sin embargo para hacer sostenible su desarrollo requiere que los (as) trabajadores (as) del sistema se identifiquen con dichos principios, es decir, conozcan, acepten y respalden las ideas que éstos plantean.

El concepto de Identidad Institucional está referido a la aceptación de los valores y principios éticos y morales que actúan como soportes y referentes para preservar la imagen y objetivos de la organización. Su aceptación y cumplimiento facilitan el desarrollo de las tareas que los individuos deben realizar y, a la vez, conserva unidas a las personas dentro del sistema.²

La proyección de la APSQ necesita de la identidad de sus trabajadores (as), pues de esta forma ellos se preocupan por respetar y difundir su filosofía, generando altos niveles de compromiso y lealtad que facilitan el logro de los objetivos propuestos y, por ende, promueven un avance en la organización.

² "Imagen Corporativa". Texto descargado www.visusdigital.com. Chile. Octubre, 2005.

Por otra parte, la identidad institucional está ligada a la integración de las personas que conforman la organización; entendiendo el término integración como la capacidad de trabajo conjunto, en el sentido de que cada funcionario (a) conozca el por qué y para qué son necesarios los (as) distintos trabajadores (as) o unidades que componen la organización, otorgando el valor que corresponde a la labor del otro (a), ya sea dentro del establecimiento en el que se desempeñan diariamente o en los diversos centros que forman parte del sistema y entendiendo que cada función o trabajador (a) tiene la misma importancia para el logro de los objetivos de la institución. Dentro de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota, esta integración es primordial, dado el alto número de la dotación y la coexistencia de centros de diversa naturaleza dentro del sistema.

Cabe destacar que identidad e integración no son términos dependientes, pero tampoco excluyentes entre sí, ya que uno puede existir sin el otro, pero considerando que lo ideal es contar con la presencia de cada uno de ellos dentro del desarrollo institucional.³

El concepto de integración se encuentra relacionada con el poder reconocer al otro como parte importante del sistema, mientras que la identidad tiene que ver con un proceso más bien personal, de apoyo a los planteamientos que postula la organización como orientadores del trabajo que se realiza; por lo tanto, se debe buscar un estado de equilibrio, donde ambos factores tengan una presencia y relevancia similar en el desarrollo y fortalecimiento del sistema de Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota.

2. Desarrollo integral de los (as) trabajadores (as)

El desarrollo de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota no sólo se encuentra ligado a los recursos económicos de que disponga o a la cantidad de personas que accedan a sus servicios. El progreso del sistema requiere de la incorporación de otros factores, que se orienten al desarrollo integral de las personas que se desempeñan en ella,

³ Jiménez Daniel. "Fundamentos de Comunicación Comercial". Texto descargado www.tools.com. Chile. Octubre, 2005.

pues ninguna institución puede prosperar si descuida el avance de sus trabajadores (as); situación que no excluye al sistema de salud local.

Cuando se habla de desarrollo integral se hace referencia a promover en los (as) funcionarios (as) un crecimiento basado en la adquisición y desarrollo de un conjunto de competencias y destrezas que permitan el adecuado desempeño en las funciones laborales, potenciando al máximo sus capacidades a través de procesos de instrucción y aprendizaje permanentes, en diversos ámbitos y temáticas prioritarias para la organización. Así mismo, se debe considerar un sistema de evaluación que permita a los trabajadores (as) conocer los aspectos positivos y negativos que presenten en el desempeño de sus funciones, de manera clara y objetiva, de forma que puedan potenciar las fortalezas y corregir o minimizar las debilidades, propiciando una formación funcionaria acorde a las exigencias que se presentan.

Junto a lo anterior, el desarrollo integral abarca también las condiciones ambientales en que los (as) trabajadores (as) del sistema deben realizar sus actividades. El ambiente adecuado está relacionado a promover y resguardar espacios físicos aptos para el trabajo, en relación a la higiene, seguridad, ornamentación y uso de tecnologías que hagan más eficientes las diversas funciones que se desarrollan dentro del sistema, entendiendo que el aspecto físico - ambiental es tan importante para el correcto desempeño de los (as) funcionarios (as) como lo es el desarrollo de competencias laborales.⁴

3. Participación en los procesos de desarrollo

Se entiende por participación la acción de interesarse e involucrarse o intervenir en un tema, situación o actividad particular, en este caso, con el accionar del sistema de salud primaria de la comuna de Quillota. En efecto, la participación en la gestión local de salud es una alternativa creativa frente a las tradicionales formas de implementación de políticas

⁴ Rosa JM. "Como Negociar el Salario y las Condiciones Laborales". Texto descargado www.laboris.net. Chile. Octubre, 2005.

públicas en el área y constituye una estrategia fundamental para consolidación de la organización.

Se define la Participación en los procesos de desarrollo como un ejercicio que involucra activa y equitativamente a todos los actores interesados en la formulación de políticas y estrategias de desarrollo y en el análisis, planeación, implementación, monitoreo y evaluación de las actividades de desarrollo. Para permitir un proceso de desarrollo más equitativo, la organización debe facilitar las condiciones para el empoderamiento de las personas que se encuentren en desventaja frente a otros con mayor autoridad jerárquica e influencia en la toma de decisiones, aumentando así su nivel de conocimiento, influencia y control sobre sus propios medios de vida, incluyendo las iniciativas de desarrollo que los afectan.⁵

La participación de los (as) trabajadores (as) en los procesos de desarrollo (modernización, adopción de nuevas estrategias y estructuras) es una de las principales expresiones de identidad con la organización, pues demuestra el interés de sus miembros respecto de su funcionamiento y evolución. Uno de los objetivos de la participación es orientar y aprovechar las ideas, lecturas y análisis que hacen de la realidad los propios trabajadores (as) de la institución, en pro de buscar estrategias de innovación y adaptación a las transformaciones que se producen en la sociedad y que afectan a la organización, planteándole nuevas exigencias y demandas para las que se deben adecuar las estructuras y procesos de modo de responder satisfactoriamente a los requerimientos de la sociedad.⁶

La participación, por lo general, nace por voluntad de las personas, pero necesita de espacios para su desarrollo y crecimiento, por lo que la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota es responsable de generar instancias de participación para fortalecer una positiva relación funcionario (a) - institución.

⁵ "Participación popular en los procesos de desarrollo". Texto descargado www.metabase.net. Chile. Octubre, 2005.

⁶ "Participación Ciudadana". Texto descargado www.asonorg.hn. Chile. Octubre, 2005.

En un ambiente de equilibrio los (as) funcionarios (as) deben participar en las diversas etapas y procesos de desarrollo que va experimentando la organización, pues la única forma de consolidar estos cambios es con la colaboración y respaldo de sus trabajadores (as), de lo contrario la organización se vuelve frágil y propensa a caer en un estancamiento o retroceso en su desarrollo.

4. Transparencia y Equidad en el acceso a la información

La información es el principal elemento que está en juego a la hora de definir cualquier estrategia para el futuro y la forma como se maneja resulta clave para los resultados que se obtengan dentro de una organización como la Atención Primaria de Salud de la Comuna Quillota; pues de nada sirve contar con un cúmulo de información, si no se cuenta con mecanismos adecuados para su transmisión.

El concepto de Transparencia dice relación con el deber de los niveles directivos de exponer y someter al análisis de los (as) trabajadores (as) la información relativa a su gestión, al manejo de los recursos que la organización posee y de los criterios que sustentan sus decisiones. Se trata de un principio inherente a la democracia en que se desarrolla la sociedad, cuyo ejercicio induce a transformaciones positivas en las relaciones entre la organización y sus miembros.⁷

Lo anterior hace referencia a que resulta fundamental establecer mecanismos de comunicación en los que exista una efectiva retroalimentación, en las diversas direcciones en que la información se genera, a modo de asegurar que ésta última es recibida y comprendida por todos los funcionarios (as), recogiendo las impresiones y efectos que provoca en ellos (as), pero también permitiendo a los niveles directivos conocer la información que nace desde los (as) trabajadores (as) y que puede resultar relevante para los planes futuros de la institución. Cabe destacar que los canales de comunicación que

⁷ "Carta a la Cumbre Mundial Sobre la Sociedad de la Información". Texto descargado www.rimaweb.com. Chile. Octubre, 2005.

primen en la organización, deben ser aquellos formales, acordes al tipo de institución y exigencias que se deben cumplir, donde la información llegue a todas las personas, sin distinción, de forma oportuna, clara y precisa.

Así también se debe resguardar la Equidad en el acceso a la información, es decir, todos los funcionarios (as) deben tener las mismas oportunidades de recibir la información, pero también deben estar en iguales condiciones o poseer las mismas herramientas para acceder a ella. El principio de equidad se basa en la "necesidad de desigualdad" en el sentido que la organización debe orientar mayores esfuerzos a potenciar el desarrollo de condiciones, aptitudes y habilidades en aquellas personas en que se presenten ciertos niveles de desventaja en comparación al resto de los trabajadores (as), lo que objetivamente es una injusticia, pero que busca dar las mismas oportunidades a todos los miembros de la organización.⁸

Lo anterior resulta clave si se considera que el objetivo de la equidad es resguardar que todos los (as) funcionarios (as) obtengan similares ventajas o los mismos beneficios que pueda generar la información recibida, promoviendo igualdad en el desarrollo y desempeño de las funciones de todos los trabajadores (as) del sistema.

5. Modernización de la gestión del Recurso Humano

Actualmente el país y, particularmente, la comuna de Quillota experimentan transformaciones que afectan directa o indirectamente el funcionamiento de la Atención Primaria de Salud de la comuna, por lo que el sistema necesariamente debe considerar la modernización de sus procesos, es decir, debe realizar, constantemente, cambios en su estructura y adoptar nuevas estrategias para desarrollar su quehacer, como mecanismo de adaptación a las exigencias que se presentan.

⁸ "Transparencia e Información". Texto descargado www.participa.cl. Chile. Octubre, 2005.

La necesidad de modernización es un fenómeno que afecta a toda la sociedad, tanto en sus ámbitos públicos como privados, es así que el Estado ha emprendido un proceso de modernización que abarca tanto su gestión administrativa, los servicios públicos, el uso de tecnologías como herramienta de administración y, a su vez, como mecanismo de información a la población, etc.

Respecto de la APSQ, estos cambios deben ser transversales a las diversas áreas de la organización y necesariamente deben contemplar el Área de Recursos Humanos, por ser ésta la responsable de gestionar todo lo referente a uno de los componentes más importantes para la existencia y desarrollo de la institución.

En este sentido, la gestión del RRHH de la Atención Primaria de Salud de Quillota debe adecuarse al Plan de Salud Comunal existente, reconociendo y validando sus características y dinámica propia, propiciando su fortalecimiento y consolidación entre sus usuarios internos y externos.

Modernizar la gestión del recurso humano representa la posibilidad cierta de mantener vigente a la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota, ampliando su cobertura y ámbitos de acción, pues necesariamente considera el ejercicio de renovar y adaptar sus procesos a los cambios que experimenta la sociedad a nivel comunal, regional y nacional, en cuanto a necesidades, intereses, formas de resolver conflictos, valores y costumbres; replanteándose constantemente el quehacer que se realiza, las implicancias que éste tiene y cuáles son los elementos que se deben incorporar o suprimir de acuerdo a los objetivos de la organización y las demandas que se presentan desde el ambiente externo.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

A partir de la enunciación de los principios orientadores de la Política de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la comuna de Quillota, el plan estratégico considera los siguientes objetivos que orientarán el accionar del área de Recursos Humanos del DDS, durante el año 2006.

1. Contribuir al desarrollo institucional, fomentando la identidad de los (as) trabajadores (as) con los principios de la organización y promoviendo la integración de los de los distintos centros y funcionarios (as) que componen el sistema comunal de salud.
2. Generar condiciones ambientales y competencias laborales que posibiliten a los (as) trabajadores (as) del sistema avanzar a la par en los procesos de modernización de la gestión, facilitando su labor técnica - profesional y el logro de los objetivos de la organización.
3. Fomentar la participación de los (as) trabajadores (as) del sistema en los distintos procesos de desarrollo de la organización, fortaleciendo las instancias existentes y generando nuevos espacios para la discusión y el análisis.
4. Generar estrategias de comunicación que posibiliten de manera equitativa el acceso y difusión de información clara, precisa y confiable, que de cuenta de los cambios vividos al interior del sistema.
5. Modernizar la gestión del Recurso Humano por medio de la generación de estrategias que respondan a las nuevas exigencias del entorno y a los planes futuros de la organización.

Para el logro de los objetivos estratégicos propuestos en la configuración de la Política de Recursos Humanos, es necesario contar con las siguientes unidades de planificación:

- Línea de acción estratégica: Enuncia los ejes operativos del objetivo estratégico, indicando las temáticas que contienen programas y proyectos específicos.
- Programa: Unidad de planificación cuyos objetivos responden a la articulación coherente de un conjunto de proyectos. Su período de desarrollo se estima en un año calendario.
- Proyecto: Unidad básica de planificación, orientado a satisfacer necesidades o a resolver factores críticos identificados en un lugar y momento determinado.⁹

Los programas y proyectos que se desprenden de los objetivos estratégicos fueron diseñados para ser ejecutados durante el período 2006 por el Área de Recursos Humanos del Departamento de Salud. Dichos programas y proyectos se enmarcan dentro del ámbito de intervención del Área de Recursos Humanos, por tanto no incorpora elementos que escapen o que pertenecen directamente a la gestión de otra área del Departamento de Salud.

⁹ Op. Cit. N° 1. Ilustre Municipalidad de Viña del Mar.

Líneas Estratégicas y Programas



OBJETIVO N° 1:

"Contribuir al desarrollo institucional, fomentando la identidad de los (as) trabajadores (as) con los principios de la organización y promoviendo la integración de los distintos centros y funcionarios (as) que componen el sistema comunal de salud"

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMAS
<p>Línea de Acción N° 1:</p> <p>IDENTIDAD Y DESARROLLO:</p> <p>Contempla todas aquellas acciones destinadas a fomentar la identidad de los (as) trabajadores (as) con los principios orientadores de la organización.</p>	<p>Programa N° 1:</p> <p>Socialización de los principios orientadores de la organización</p> <p>Programa N° 2:</p> <p>Socialización del Plan anual de Salud Comunal</p> <p>Programa N° 3:</p> <p>Socialización del Plan Estratégico de Recursos Humanos</p>
<p>Línea de Acción N° 2:</p> <p>INTEGRACIÓN DEL SISTEMA:</p> <p>Considera aquellas acciones orientadas a promover la integración efectiva entre los diversos centros que componen la organización.</p>	<p>Programa N° 4:</p> <p>Rotación Funcionaria</p> <p>Programa N° 5:</p> <p>Difusión del trabajo realizado por cada centro</p>

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMAS
<p>Línea de Acción N° 3:</p> <p>INTEGRACIÓN FUNCIONARIA:</p> <p>Contempla todas aquellas acciones destinadas a fortalecer los equipos de trabajo y a mejorar el clima organizacional al interior del sistema.</p>	<p>Programa N° 6:</p> <p>Fortalecimiento de los Equipos de Trabajo</p> <p>Programa N° 7:</p> <p>Clima Organizacional</p>

OBJETIVO N° 2:

"Generar condiciones ambientales y competencias laborales que posibiliten a los (as) trabajadores (as) del sistema avanzar a la par de los procesos de modernización de la gestión, facilitando su labor técnica - profesional y el logro de los objetivos de la organización"

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMAS
<p>Línea de Acción N° 4:</p> <p>CONDICIONES AMBIENTALES:</p> <p>Contempla aquellas acciones destinadas a promover un ambiente de trabajo adecuado, por medio de la mantención de espacios físicos adecuados, ambientes saludables y equipamiento acorde a los requerimientos institucionales.</p>	<p>Programa N° 8:</p> <p>Ambiente Saludable</p> <p>Programa N° 9:</p> <p>Soporte Tecnológico</p>
<p>Línea de Acción N° 5:</p> <p>COMPETENCIAS LABORALES:</p> <p>Considera aquellas acciones que permiten a los (as) trabajadores (as) del sistema contar con las herramientas técnicas - profesionales necesarias para el cumplimiento eficiente de las metas institucionales.</p>	<p>Programa N° 10:</p> <p>Sistema de Capacitación</p> <p>Programa N° 11:</p> <p>Estudios Aplicados</p>

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMAS
<p>Línea de Acción N° 6: EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO: Contempla acciones destinadas a evaluar el desempeño de los (as) trabajadores (as) del sistema, en los diversos ámbitos del quehacer técnico - profesional en los cuales se desenvuelven.</p>	<p>Programa N° 12: Sistema de Calificaciones</p>

OBJETIVO N° 3:

"Fomentar la participación de los (as) trabajadores (as) del sistema en los distintos procesos de desarrollo de la organización, fortaleciendo las instancias existentes y generando nuevos espacios para la discusión y el análisis"

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMAS
<p>Línea de Acción N° 7:</p> <p>PARTICIPACIÓN EFECTIVA:</p> <p>Considera aquellas acciones destinadas a estimular la participación funcionaria en los diversos procesos de la organización a través de la promoción de instancias de encuentro, reflexión y análisis.</p>	<p>Programa N° 13:</p> <p>Fomento de los espacios de participación existentes</p> <p>Programa N° 14:</p> <p>Generación de espacios de participación</p>

OBJETIVO N° 4:

"Generar estrategias de comunicación que posibiliten equitativamente el acceso y difusión de información clara, precisa y confiable, que de cuenta de los cambios vividos al interior del sistema"

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMAS
<p>Línea de Acción N° 8:</p> <p>COMUNICACIÓN EFECTIVA:</p> <p>Considera aquellas acciones destinadas a promover mecanismos de comunicación interna eficientes y eficaces que permitan el acceso equitativo de información a todos los (as) trabajadores (as) del sistema.</p>	<p>Programa N° 15:</p> <p>Estrategias comunicacionales</p> <p>Programa N° 16:</p> <p>Canales de comunicación</p>

OBJETIVO N° 5:

"Modernizar la gestión del Recurso Humano por medio de la generación de estrategias que respondan a las nuevas exigencias del entorno y a los planes futuros de la organización"

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMAS
<p>Línea de Acción N° 9:</p> <p>PLANIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO:</p> <p>Considera aquellas acciones destinadas a contar con los mecanismos necesarios para realizar un proceso eficiente de incorporación y desvinculación del recurso humano con la organización.</p>	<p>Programa N° 17:</p> <p>Planificación anual de la dotación</p> <p>Programa N° 18:</p> <p>Criterios de Inclusión y selección de personal</p> <p>Programa N° 19:</p> <p>Acompañamiento en el ingreso a la organización</p> <p>Programa N° 20:</p> <p>Jubilación</p>
<p>Línea de Acción N° 10:</p> <p>GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO:</p> <p>Contempla aquellas acciones destinadas a modernizar la gestión del recurso humano, por medio de la generación y sistematización de información relevante del recurso humano, de la conformación de perfiles de cargo y de la incorporación de mecanismos de protección y seguridad al interior del sistema.</p>	<p>Programa N° 21:</p> <p>Bases de datos y fuentes de información</p> <p>Programa N° 22:</p> <p>Descripción y análisis de cargos</p>

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMAS
<p>Línea de Acción N° 11:</p> <p>MECANISMOS DE APOYO A LA GESTIÓN:</p> <p>Considera aquellas acciones destinadas a fomentar el desarrollo integral de los (as) trabajadores (as) del sistema en pos del cumplimiento de los objetivos institucionales.</p>	<p>Programa N° 23:</p> <p>Autocuidado</p> <p>Programa N° 24:</p> <p>Bienestar</p> <p>Programa N° 25:</p> <p>Protección y seguridad en la organización</p>
<p>Línea de Acción N° 12:</p> <p>RECURSOS FINANCIEROS:</p> <p>Incorpora acciones destinadas a favorecer el desarrollo de las actividades propias de la gestión del recurso humano por medio de la administración de un presupuesto propio.</p>	<p>Programa N° 26:</p> <p>Manejo Presupuestario</p>



Matriz Estratégica



OBJETIVO N° 1:

"Contribuir al desarrollo institucional, fomentando la identidad de los (as) trabajadores (as) con los principios de la organización y promoviendo la integración de los distintos centros y funcionarios (as) que componen el sistema comunal de salud"

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMA	PROYECTOS Y ACTIVIDADES
IDENTIDAD Y DESARROLLO	SOCIALIZACIÓN DE LOS PRINCIPIOS ORIENTADORES DE LA ORGANIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistematización de los principios orientadores de la APSQ. ▪ Discusión y análisis de los principios orientadores. ▪ Difusión de los principios orientadores.
	SOCIALIZACIÓN ANUAL DEL PLAN DE SALUD COMUNAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación del Plan de Salud Comunal.
	SOCIALIZACIÓN DEL PLAN ESTRATÉGICO DE RECURSOS HUMANOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrega del documento del Plan Estratégico de Recursos Humanos. ▪ Presentación oficial al sistema del Plan Estratégico de Recursos Humanos. ▪ Gira expositiva del Plan Estratégico de Recursos Humanos.
INTEGRACIÓN DEL SISTEMA	ROTACIÓN FUNCIONARIA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pasantías funcionarias entre centros.
	DIFUSIÓN DEL TRABAJO REALIZADO POR CADA CENTRO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Feria de la salud. ▪ Distribución de Boletín informativo mensual del trabajo realizado por centro.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMA	PROYECTOS Y ACTIVIDADES
INTEGRACIÓN FUNCIONARIA	FORTALECIMIENTO DE LOS EQUIPOS DE TRABAJO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniones permanentes de trabajo. ▪ Sistema de traspaso de información con otros equipos de trabajo. ▪ Autoevaluación periódica del trabajo realizado.
	CLIMA ORGANIZACIONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Espacios de convivencia y encuentro. ▪ Espacios de discusión, reflexión y análisis.

OBJETIVO N° 2:

"Generar condiciones ambientales y competencias laborales que posibiliten a los (as) trabajadores (as) del sistema avanzar a la par de los procesos de modernización de la gestión, facilitando su labor técnica - profesional y el logro de los objetivos de la organización"

LÍNEA S ESTRATÉGICAS	PROGRAMA	PROYECTOS O ACTIVIDADES
CONDICIONES AMBIENTALES	AMBIENTE SALUDABLE	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantenimiento periódica de los espacios físicos disponibles. ▪ Incorporación de mecanismos de aseo y ornato permanentes. ▪ Mantenimiento y creación de áreas verdes. ▪ Reposición y mantenimiento del equipamiento. ▪ Ambientación y decoración de los espacios. ▪ Campaña salud y limpieza.
	SOPORTE TECNOLÓGICO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo a la gestión del área informática de la APSQ. ▪ Resguardar la adecuada mantención del sistema computacional.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMA	PROYECTOS O ACTIVIDADES
COMPETENCIAS LABORALES	SISTEMA DE CAPACITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Planificación de un sistema periódico de capacitación. ▪ Realización anual Escuela de Temporada, ▪ Convenios con instituciones educativas que presten servicios de capacitación acordes a los requerimientos institucionales. ▪ Sistema propio de financiamiento para capacitaciones. ▪ Sistema de capacitación compartida con los (as) trabajadores (as). (Horario y financiamiento) ▪ Sistema de réplica de las capacitaciones recibidas.
COMPETENCIAS LABORALES	ESTUDIOS APLICADOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biblioteca de documentos de trabajo e investigación realizados en la APSQ. ▪ Gestión Seminarios de Título ▪ Gestión prácticas profesionales.
EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO	SISTEMA DE CALIFICACIONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desarrollo anual del Sistema de Calificaciones. ▪ Proyecto de autoevaluación funcionaria. ▪ Sistema de evaluación para directivos y encargados de centro por parte de sus respectivos funcionarios (as).

OBJETIVO N° 3:

"Fomentar la participación de los (as) trabajadores (as) del sistema en los distintos procesos de desarrollo de la organización, fortaleciendo las instancias existentes y generando nuevos espacios para la discusión y el análisis"

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMA	PROYECTOS O ACTIVIDADES
PARTICIPACIÓN EFECTIVA	FOMENTO DE LOS ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN EXISTENTES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Reuniones periódicas de directores y encargados de centro. ▪ Reuniones periódicas de personal al interior de cada establecimiento.
	GENERACIÓN DE ESPACIOS DE PARTICIPACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Foros de discusión sobre temas de interés para la organización. ▪ Debates periódicos de la realidad institucional. ▪ Conformación equipos de trabajo por centro que participen en el diseño de los nuevos programas institucionales.

OBJETIVO N° 4:

"Generar estrategias de comunicación que posibiliten equitativamente el acceso y difusión de información clara, precisa y confiable, que de cuenta de los cambios vividos al interior del sistema"

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMA	PROYECTOS O ACTIVIDADES
COMUNICACIÓN EFECTIVA	ESTRATEGIAS COMUNICACIONALES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño paneles corporativos. ▪ Actualización permanente del link de recursos humanos en la página web del DDS. ▪ Recopilación correos electrónicos funcionarios(as). ▪ Envío de información vía internet.
	CANALES DE COMUNICACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Elaboración y socialización de los organigramas de cada centro. ▪ Entrega de boletines informativos mensuales. ▪ Publicación actas reuniones directores y encargados de centro. ▪ Entrega de comunicados especiales de información para temas prioritarios. ▪ Diseño paneles por centro para área de Recursos Humanos.

OBJETIVO Nº 5:

"Modernizar la gestión del Recurso Humano por medio de la generación de estrategias que respondan a las nuevas exigencias del entorno y a los planes futuros de la organización"

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMA	PROYECTOS O ACTIVIDADES
PLANIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO	PLANIFICACIÓN ANUAL DE LA DOTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir requerimientos institucionales. ▪ Sistema de registro digital de postulantes al sistema. ▪ Nómina de registro de personas que realizaron procesos académicos al interior del sistema. ▪ Convenios con instituciones de formación técnica - profesional.
	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y SELECCIÓN DE PERSONAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Diseño del perfil del trabajador (a) que requiere la organización. ▪ Criterios propios de selección según cargo a desempeñar. ▪ Definir mecanismos para la elección del postulante. ▪ Determinar comisiones para la selección de cargos.
	ACOMPañAMIENTO EN EL INGRESO A LA ORGANIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presentación Modelo de salud comunal. ▪ Presentación funcionamiento DDS. ▪ Presentación en terreno del funcionarios (a) a las diferentes dependencias institucionales. ▪ Entrega de correo electrónico institucional.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMA	PROYECTOS O ACTIVIDADES
PLANIFICACIÓN DEL RECURSO HUMANO	JUBILACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientación legal funcionarios (as). ▪ Acompañamiento en el proceso de desvinculación. ▪ Reconocimiento y despedida funcionarios (as).
GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO	BASES DE DATOS Y FUENTES DE INFORMACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Catastro funcionarios (as) APSQ. ▪ Sistema de registro de antecedentes personales, laborales y familiares de los (as) trabajadores. ▪ Actualización permanente del sistema de registro. ▪ Programa computacional de seguimiento funcionario
	DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE CARGOS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Definir rol (es) de los (as) funcionarios (as) del sistema. ▪ Diferenciar roles según perfil de cada centro.
	PROTECCIÓN Y SEGURIDAD EN LA ORGANIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creación Comité Paritario

LÍNEAS ESTRATÉGICAS	PROGRAMA	PROYECTOS O ACTIVIDADES
MECANISMOS DE APOYO A LA GESTIÓN	AUTOCAUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pausa saludable diaria. ▪ Talleres deportivos. ▪ Talleres de desarrollo personal. Talleres culturales.
	BIENESTAR	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Apoyo a la gestión del Bienestar Funcionario de la APSQ. ▪ Proyecto de atención en salud médica y oral para funcionarios (as). ▪ Proyecto de atención en salud mental. ▪ Toma anual de exámenes preventivos de salud. ▪ Celebración día de la Atención Primaria. ▪ Celebración día del Funcionario (a) Municipal. ▪ Entrega uniformes institucionales.
RECURSOS FINANCIEROS	MANEJO PRESUPUESTARIO	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Proyecto de planificación presupuestaria. ▪ Creación de centros de costo para personal de los respectivos centros.

AGRADECIMIENTOS

El Plan Estratégico de Recursos Humanos de la Atención Primaria de Salud de la Comuna de Quillota contó con la especial colaboración de:

- Víctor Alvarado Miric, Director Departamento de Salud.
- Claudia Maturana Donoso, Encargada Área de Recursos Humanos.
- Viviana Arancibia Cantillana, Encargada Área Gestión de Admisión
- Pablo Lira Mendiguren, Encargado Área Gestión Clínica
- Mauricio Carvajal Tapia, Encargado Área de Finanzas y Presupuesto
- Carolina Ibacache Carrasco, Coordinadora Áreas DDS.
- Waleska Real Irribarra, Directora Centro de Salud Doctor Miguel Concha
- Zaira Gálvez Ocaranza, Directora Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez
- Mónica Quiroga Fernández, Directora Centro de Salud San Pedro
- Paola Anabalón Videla, Directora Centro de Salud Boco
- Pamela Espinoza Vásquez, Directora Centro de Salud La Palma
- Sandra Varas Castillo, Encargada Centro de Promoción de la Salud y la Cultura
- Víctor Neira Contreras, Encargado Plataforma de Gestión Familiar
- Xavier Mendoza Cedeño, Encargado de Personal Centro de Salud Doctor Miguel Concha
- Ramón Suárez Lago, Encargado Centro de Salud Cardenal Raúl Silva Henríquez
- Fritz Demuth Bozzo, Integrante Equipo Directivo Centro de Promoción de la Salud y la Cultura.

A todos ellos, Muchas Gracias

NUESTRA ESPECIAL GRATITUD...

Siempre es importante mirar atrás y buscar los detalles que nos facilitaron las cosas, una palabra de aliento, una sonrisa sincera, un abrazo de consuelo y cariño.

Esos simples gestos muchas veces fueron el motor que impulsó nuestro trabajo y nos permitió llegar al final. Personas que creyeron en nosotras incondicionalmente, que nos sostuvieron cuando más cansadas nos sentimos y nos animaron a seguir adelante.

Quiero expresar mi inmensa gratitud y cariño a cada uno de ustedes, porque en menos de un año han dejado una huella en mi vida, que estoy segura me acompañará por siempre.

Ely

Son muchos los obstáculos y dificultades que hemos tenido que sortear para llegar al final de este largo proceso, pero hoy orgullosa de lo que soy capaz de construir y lograr, creo y estoy segura que una de las recompensas más grande que he recibido, es que la mater junto al padre Dios hayan puesto en mi camino a cada uno (a) de ustedes. Se han convertido en una parte muy importante de mi vida porque me han acompañado durante los dos últimos años de mi carrera. Con ustedes he aprendido lo que es el trabajo y lo grato que es contar con un grupo de personas siempre dispuestas a ayudar en lo que sea necesario para alcanzar un objetivo determinado. ... Ya me despido, pero no sin antes darles la gracias por cada uno de los momentos, de los favores y por cierto del cariño que me han entregado, de verdad los quiero y aprecio mucho.

Patty

Con mucho cariño para Adriana, Betty, Carmen Gloria, Doris, Jacqueline, José Manuel, Katia, María y Víctor.

Quillota, Noviembre de 2005.