

COLABORACIÓN INTERINSTITUCIONAL PARA EL DESARROLLO DE LA APS, LA EXPERIENCIA DEL CONSORCIO UNIVERSITARIO DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR^a

DRA. PATRICIA VILLASECA SILVA^b
Facultad de Medicina Universidad de Concepción

INTERINSTITUTIONAL COLLABORATION FOR THE DEVELOPMENT OF APS, THE EXPERIENCE OF THE UNIVERSITY CONSORTIUM OF HEALTH AND FAMILY MEDICINE

Abstract

Chile faces the challenge of responding to the complexities in addressing and managing issues arising from the current demographic, epidemiological, social, and cultural profile. The country's public health policies have followed the guidelines of Alma Ata Primary Health Care (PHC), Renewed PHC, Astana PHC, Universalization of PHC, and have enabled the sustained development of care networks by implementing a model of comprehensive family and community health care, with a focus on promotion, prevention, and anticipatory management of harm within networks. Throughout these processes, in line with the Mission and Social Responsibility of the University and the Global Consensus on the Social Responsibility of Medical Schools, institutions responsible for training health professionals and specialists have played a supportive and facilitating role, with particular emphasis on developing human resources within and through practical experiences and supporting teams in the territorial implementation of health policies. The presented experience aims to share the contributions and lessons learned from an alliance of diverse academic institutions that, through collaboration and the formation of a community of learning and practice, are shaping a process of social innovation, a rhizomatic learning initiative, and a good formative practice: the Chilean University Consortium of Family Health and Medicine from 2004 to 2014. Its development, progress, results and projections are analyzed.

Keywords: primary care; human resources training; social innovation; best practices.

^a Ponencia presentada en 1ras Jornadas Atención Primaria y Medicina Familiar: innovaciones, desafíos y oportunidades, realizado en la Academia Chilena de Medicina, 20 de junio, 2023.

^b Programa de Salud y Medicina Familiar, Departamento de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción. Email: pvillase@udec.cl

Resumen

Chile enfrenta el desafío de responder a las complejidades para el abordaje y manejo de las problemáticas derivadas del actual perfil demográfico, epidemiológico, social y cultural. Las políticas públicas de salud en el país han seguido las orientaciones de Atención Primaria de Salud (APS) Alma Ata, APS Renovada, APS Astaná, Universalización de la APS y han posibilitado el desarrollo sostenido de redes asistenciales, implementando un Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria, con énfasis promocional y preventivo, anticipatorio al daño y gestionado en redes. En todos estos procesos, siguiendo las orientaciones en relación con la misión y responsabilidad social de la Universidad y el Consenso Global sobre Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina, las instituciones formadoras de profesionales y especialistas en salud han jugado un rol de apoyo y facilitación con especial énfasis en el desarrollo de los recursos humanos desde las prácticas y en el acompañamiento de los equipos para la implementación territorial de las políticas de salud. La experiencia que se presenta busca compartir los aportes y aprendizajes de una de una comunidad de aprendizaje y práctica, dieron forma a un proceso de innovación social, una iniciativa de aprendizaje rizomático y una buena práctica formativa: el Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar de Chile en la década de 2004 a 2014. Se analizan su desarrollo, avances, resultados y proyecciones.

Palabras clave: atención primaria; formación de recursos humanos; innovación social; buenas prácticas.

INTRODUCCIÓN

Como país enfrentamos el desafío de responder a las complejidades de abordaje y manejo del actual perfil demográfico, epidemiológico, social y cultural. Frente a esta situación, las instituciones vinculadas a la salud y los sistemas sanitarios necesitan desarrollar las capacidades organizacionales y las competencias de las personas que concurren en torno al cuidado y la atención en los procesos de salud y enfermedad. Existe un fuerte consenso respecto de las grandes búsquedas de estos tiempos, las cuales pueden verse reflejadas en las propuestas relacionadas con el logro de la triple meta y de la triple meta ampliada (Figura 1) ⁽¹⁾.

Es evidente que estos logros no son posibles sin prestar atención al desarrollo de los profesionales y los equipos de salud. Con ello, emerge la necesidad de ocuparse de la formación permanente de los equipos de salud, de trabajar en la implicancia de los profesionales en el cuidado y posibilitar la participación de éstos en la gestión de lo que hace. Estos aspectos han pasado a ser temas críticos en la búsqueda de posibilidad y sostenibilidad de mejores resultados en salud.

Son muchos los planteamientos internacionales respecto de la necesidad de pensar y trabajar para contar con “Recursos Humanos para la Salud Universal”⁽²⁾. Desde el llamado a la acción de Toronto⁽³⁾ se enfatiza la urgencia de contar con políticas y planes que permitan disponer de profesionales y técnicos en cantidad suficiente, en el marco de una distribución y composición adecuados, con equipos portadores de competen-



Figura 1. Triple y cuádruple meta ampliada. Fuente: www.estrategiasasunbidea.navarra.es

cias apropiadas para los nuevos tiempos, en un marco de evolución dinámica de las necesidades de formación para el logro de desempeños de alta calidad, con políticas y planes que atiendan al fenómeno de la migración de los profesionales de salud. Con ello, se convoca a las Universidades a sumarse activamente al desafío de mejorar la capacidad de los recursos humanos para garantizar acceso y cobertura universal⁽⁴⁾. Al respecto, siguiendo las definiciones en relación con misión y responsabilidad social de la universidad⁽⁵⁾ y los acuerdos del Consenso Global sobre Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina⁽⁶⁾, se plantea la necesidad de trabajar de manera prioritaria para:

- Dar respuesta a las necesidades de la salud actuales y futuras y a las demandas de la sociedad.
- Reorientar las prioridades educativas, de investigación y de asistencia según dichas necesidades.
- Reforzar su gobierno, así como su asociación con otros agentes sociales interesados (*stakeholders*).
- Utilizar la evaluación y la acreditación basada en su desempeño (*performance*) y en los resultados obtenidos (*outcomes*).

Las políticas públicas de salud en el país han seguido las orientaciones de APS Alma Ata, APS Renovada, APS Astaná y por estos días se ha dado un nuevo paso con las propuestas en materia de Universalización de la APS. En todos estos procesos, las universi-

dades formadoras de profesionales y especialistas en salud han jugado un rol de apoyo y facilitación en la implementación de estas políticas, con especial énfasis en el desarrollo de los recursos humanos en, y desde, las prácticas. Al respecto, la experiencia que se presenta buscará compartir los aportes y aprendizajes de una alianza entre instituciones diversas que desde la colaboración para el desarrollo de los recursos humanos de APS, van dando forma a un proceso de innovación social.

CONSORCIO UNIVERSITARIO DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR 2004-2014: UNA DÉCADA DE EXISTENCIA

En este marco de antecedentes, se relata respecto como un conjunto de docentes y universidades aportaron a la formación de los equipos de salud del primer nivel de atención y al desarrollo de capacidades organizacionales para abordar los desafíos sanitarios del país.

Esta experiencia dio posibilidades relevantes para la consolidación de un sistema de salud basado en la estrategia de APS por medio del desarrollo de la Salud y la Medicina Familiar y el apoyo a la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en sus principios y ejes de desarrollo.

Entre los años 2004 y 2014, las Universidades formadoras en el ámbito de la Salud y Medicina Familiar fueron convocadas a sumarse a los procesos de Reforma en Salud y colaborar en la implementación de un modelo de atención integral promocional preventivo, con enfoque de salud familiar, anticipatorio al daño, gestionado redes a través de la Formación de Recursos Humanos en y para el proceso de implementación de la Reforma a la Salud (Figura 2).

En dicho momento, participaron las universidades con programas de formación en Medicina Familiar: Universidad de Chile, Pontificia Universidad Católica de Chile, Universidad de Concepción, Universidad de la Frontera, Universidad de Valparaíso, Universidad de Santiago y Universidad Austral de Chile. Cada una con sus distintos desarrollos y recursos se sumó en el proceso en la medida de sus posibilidades.

El inicio de este viaje implicó concordar una identidad colectiva, declarar una visión, una misión y valores compartidos para dar forma y orientar un trabajo conjunto y colaborativo desde las diferencias y las fortalezas de cada entidad académica. Así, el año 2004, logramos constituirnos en el Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar de Chile.

Esta iniciativa de colaboración nace con el apoyo de los decanos de las universidades directamente comprometidas y de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH), junto con el respaldo y acompañamiento de los equipos técnicos del Ministerio de Salud, convocados bajo el compromiso de ofrecer formación a los



Figura 2. Surgimiento del Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar de Chile. Fuente: Villaseca, P. Seminario Nacional sobre Calidad y Pertinencia de la Formación Médica, COLMED, 2009.

equipos de salud del nivel primario de atención de todo el país. Esto motivó que uno de los primeros desafíos fue pensar y prepararse para hacer de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC's) un recurso tecnológico estratégico de "fácil acceso y manejo" para los involucrados en un marco de autonomía respecto de lo existente y de propiedad intelectual compartida de lo que se fuese generando en el proceso, alojado en la plataforma www.medfamiliar.cl

La incorporación de tecnología constituye un dato importante, dado que esta historia se inicia hace 20 años, cuando no existía lo digital que observamos hoy. Esto contribuyó de manera significativa a la alfabetización digital de los docentes de las universidades que participamos de esta experiencia y con ello se aportó al desarrollo de capacidades organizacionales para sostener los desarrollos que surgieron en cada una de las instituciones.

Es importante reiterar y mencionar algunos hitos del proceso vivido:

- Se dio forma a una plataforma virtual de la mano de un grupo de estudiantes de ingeniería informática de la Universidad Austral, los que se sumaron como socios y co-constructores en el proceso;
- Se generó un marco de referencia compartido entre docentes y profesionales asistenciales respecto de las necesidades formativas, los resultados de aprendizaje y los contenidos. Los participantes y sus temas generativos fueron centrales en las decisiones formativas.

- Con la Universidad Católica se adoptó la metodología de educación participativa de adultos de Jane Vella⁽⁷⁾ al contexto b-learning, con lo que se concordó una visión epistemológica de la educación en salud.
- Se conformaron equipos docentes mixtos entre universidades, fortalezas de cada equipo académico. Los docentes con mayor desarrollo en el área lideraron el diseño y elaboración de los módulos formativos, pero se garantizó la creación de un programa de formación de formadores que sostuvo el aprendizaje docente durante todo el proceso.
- Se respetaron los territorios históricos de las universidades participantes, atesorando el conocimiento local, el arraigo y la pertenencia. Se cubrieron las zonas extremas del país, comprometiendo presencia en el marco del desarrollo de los talleres prácticos que consideraron todos los cursos.
- Hubo un aprendizaje en generar acuerdos y métodos para compartir los recursos financieros disponibles.
- Cada creación se dio en el marco de un dialogo reflexivo entre los que estaban en el nivel ministerial, los servicios de salud, las universidades y los territorios.

La red curricular permitió acompañar a los equipos de salud en relación con los desarrollos ministeriales relacionados con la implementación de una matriz de cuidado para los niños en su etapa escolar, los adolescentes, las personas portadoras de condiciones crónicas de salud y los cuidadores de las personas mayores.

Se incursionó en una oferta para atender a las necesidades de formación de los equipos vinculados a la gestión en salud.

Hubo una particular preocupación por el desarrollo de los recursos humanos médicos y se generaron ofertas para actualizarse en las patologías prevalentes GES en APS. Se dio forma a los diplomas de Medicina Familiar Inicial y Avanzado para que los médicos de atención primaria conocieran la Medicina Familiar, puesto que casi no había médicos de familia en el sistema de salud y, por otro lado, en las universidades tampoco se enseñaba la medicina familiar en los pregrados, situación que fue cambiando paulatinamente.

En el marco de una alianza específica con los especialistas del Ministerio de Salud, se apoyó al desarrollo de capacidades para acoger las necesidades de la salud mental en el país desde un enfoque del primer contacto (Figura 3).

En el marco de diez años de trabajo mancomunado se realizaron aproximadamente 260 cursos para equipos de salud de todo el país, a aproximadamente 6.250 profesionales, logrando un alcance aproximado de 12.000 cupos formativos en el período.

Fruto de este esfuerzo y trabajo sostenido se obtuvieron los siguientes logros y contribuciones colectivas:



CURSOS B LEARNING CONSORCIADOS

- ✓ Acompañándote a Crecer: Infancia 2.0
 - ✓ Adolescencia y Adolescentes
- ✓ Cuidados de Pacientes con Enfermedades Crónicas en APS
- ✓ Cuidado Integral de las Personas Mayores en APS
 - ✓ Gestión de Redes Locales de Salud
- ✓ CURSO MANEJO DE PATOLOGIAS PREVALENTES EN APS
- ✓ DIPLOMA DE MEDICINA FAMILIAR INICIAL
- ✓ DIPLOMA DE MEDICINA FAMILIAR AVANZADO

Figura 3. Perfil de Actividades del Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar. Fuente: Villaseca, P. Seminario Nacional sobre Calidad y Pertinencia de la Formación Médica, COLMED, 2009.

- El desarrollo de una política de desarrollo de los recursos humanos orientada a la salud y medicina familiar.
- El fortalecimiento de las alianzas docente asistenciales a nivel país, puesto que la implementación de la iniciativa requería vincularse con el ministerio, los gestores de las redes asistenciales, la asociación de municipalidades, las direcciones de salud municipal y los establecimientos de salud.
- La construcción de confianzas y de vínculos con los equipos de salud, con los médicos a nivel de salud para construir los escenarios, y de esta forma, integrar los conocimientos a la práctica.
- Al mismo tiempo, se establecieron alianzas para la gestión de programas de apoyo al desarrollo institucional a nivel de carreras de la salud, con pertinencia curricular.

A diez años de trabajo mancomunado, nuestra alianza fue identificando nuevas demandas de apoyo en el ámbito de la Salud y Medicina Familiar, junto con la necesidad de acompañamiento para el rescate de las prácticas locales.

El año 2012 el Consorcio fue convocado por la OPS para empezar a dar forma a una Comunidad de Prácticas en APS (CdP, Nodo Chile)⁽⁸⁾.

A mediados del año 2014, el entorno sociopolítico y económico obligó al Consorcio a afrontar una crisis inesperada: fue percibido como una amenaza para los intereses de las propias instituciones y de otras instituciones. Ello generó escenarios muy adversos e injustos para quienes habían contribuido a generar colaboración y esta situación motivó la decisión de implementar el cierre progresivo de la iniciativa y proceder al traspaso de todo el capital del Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar a las instituciones fundadoras.

En los próximos párrafos se relata como el Consorcio logró mantenerse unido en otros emprendimientos y reinventar la posibilidad de seguir colaborando y dar continuidad a su experiencia.

2023, REVISITANDO LA EXPERIENCIA DEL CONSORCIO UNIVERSITARIO DE SALUD Y MEDICINA FAMILIAR DE CHILE DESDE LA INNOVACIÓN SOCIAL

En primer lugar, se describe la experiencia desde el reconocimiento del grupo del Consorcio y del proceso como “Facilitadores en la Implementación de Políticas Públicas” (Figura 4)⁽⁹⁾.

Al revisar la literatura reciente⁽¹⁰⁾, se reconocen varios ámbitos de innovación social. Para los efectos de estas reflexiones se definirá desde la Innovación en Educación y en

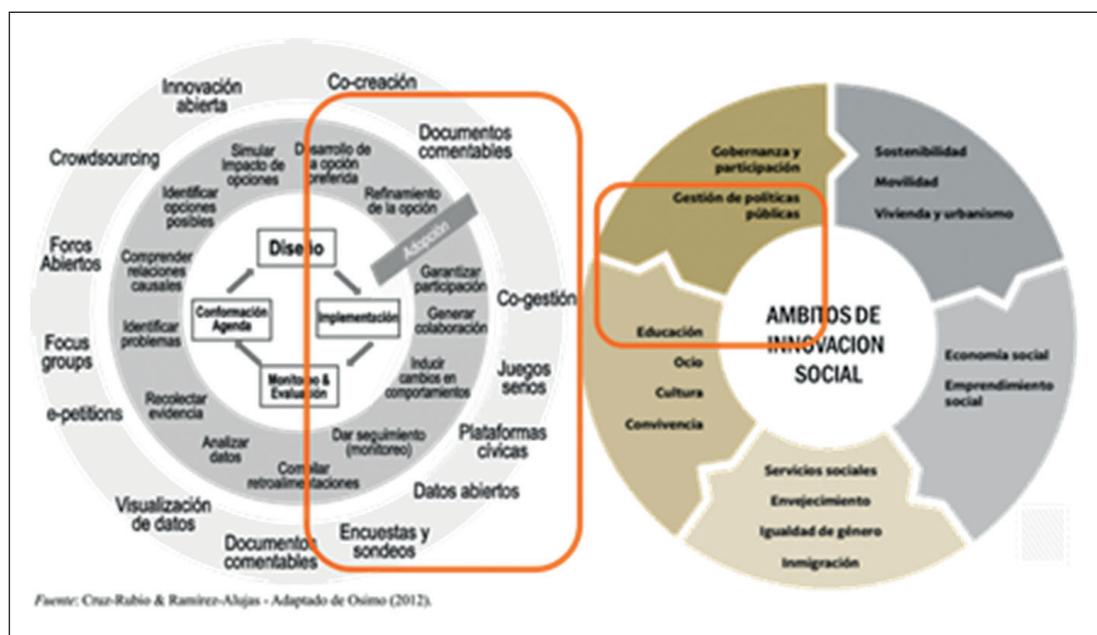


Figura 4. Innovación Social e Implementación de Políticas Públicas. Fuente: Cruz-Rubio, C. www.opengovpartnership.org

Gestión de Políticas Públicas. En particular, en la fase de implementación en ciclo de las políticas públicas.

Más que tan sólo implementar los servicios asociados a las políticas públicas, a los equipos de salud se les encargó adoptar, generar las condiciones y asumir las tareas operativas asociadas con la implementación de las políticas. Estos encargos implican asumir las emociones derivadas de las solicitudes de nuevas tareas o cambios, movilizar participación de todos los actores que influirán en el éxito de la implementación, generar colaboración intra e interorganizacional y comunitaria, repensar la configuración organizacional, induciendo cambios en los comportamientos de los gestores, los prestadores, los usuarios, las familias, etc. Esto debe tener en cuenta el cambio en la cultura organizacional, desplegando nuevos comportamientos, transformados en nuevas acciones y nuevos resultados, verificando que todo esto vaya ocurriendo según lo esperado en las lógicas de alineamiento y de mejora continua. Todo este esfuerzo requiere de una fuerte alianza territorial capaz de problematizar, acompañar, poner en marcha nuevas prácticas, retroalimentar los aprendizajes en la acción, rescatar las “buenas prácticas” y permitir el aprendizaje organizacional.

Por algunos años, el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y las Universidades consorciadas aportaron al acompañamiento de los equipos abriendo espacios formativos para posibilitar la problematización, la reflexividad, los aprendizajes individuales y grupales capaces de proyectarse en la organización.

Con el pasar de los años, se aspiró a que los pregrados y las prácticas asistenciales de las carreras de la salud hubiesen cambiado y se apostó a la capacidad de autogestionarse de los equipos, pero ello no está pasando actualmente. Urge potenciar oportunidades para la colaboración, con la finalidad de crear posibilidades para ser y hacer distinto. Son varios los emprendimientos en este sentido y muchas de las universidades del Consorcio se mantienen activas en el aporte a la Gestión de las Políticas Públicas en el ámbito de lo territorial.

En esta segunda parte, se describen algunos aspectos conceptuales con el fin de orientar una mirada de la experiencia desde su potencial como innovación social.

Siguiendo a la CEPAL, la idea de la innovación social se caracteriza como: “...nuevos procesos, prácticas, métodos o sistemas para llevar a cabo procesos tradicionales o tareas nuevas que se hacen con participación de la comunidad y de los beneficiarios, incluyendo iniciativas originales que mejoran la eficacia de la acción pública. Se la relaciona también con las aplicaciones sociales de la innovación tecnológica e incluso la parte de ésta que corresponde a la participación y la gestión del talento humano”⁽¹¹⁾. Algunos de los elementos centrales en su comprensión incluyen (Tabla 1):

Tabla 1. Aspectos de la innovación social.

Aspecto	Descripción
VALOR compartido	La innovación social se focaliza en el bien común y en su replicabilidad en lugar de protección de los intereses individuales
Producto o PROCESO	La innovación social es versátil. Puede suponer una iniciativa, producto, proceso o programa que cambia profundamente las rutinas básicas, los recursos, la autoridad o las creencias de cualquier sistema social (Westley, 2008) o también nuevas ideas (productos, servicios y modelos) que responden de manera simultánea a necesidades sociales y crean nuevas relaciones o colaboraciones.
Importancia de la COLABORACIÓN	En las definiciones de innovación social se observa una tendencia a hablar de la interacción entre diferentes actores: "... nuevas ideas acerca de cómo se deben organizar las personas, las actividades interpersonales o las interacciones sociales para cumplir uno o varios objetivos comunes, nuevas formas para el ejercicio del poder"
Generador de CAMBIO SISTÉMICO	Se hace hincapié en la necesidad de un cambio sistémico: "una verdadera innovación social es aquella que cambia el sistema y que altera de forma permanente las percepciones, las conductas y las estructuras que anteriormente originaban esos problemas"
Propuesta de MERCADO	Puede definirse como una propuesta de mercado que genera valor económico. No es sólo una cuestión de resolver un reto social, sino que también "se trata de innovaciones en nuestra capacidad para organizar los recursos sociales y financieros, con el fin de lograr un impacto social a gran escala"

Fuente: Resumido de Rodríguez Herrera, A. Alvarado Ugarte H.

CLAVES DE LA INNOVACIÓN SOCIAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE, CEPAL 2008

Desde estas conceptualizaciones, la experiencia del Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar en su nacimiento y desarrollo cumple con varios de los aspectos que perfilan hacia una innovación social: se reconocen elementos de valor compartido; se pone foco en el proceso en el que se entrelazan ideas, servicios y productos; se da importancia estratégica e invierte en la creación de colaboración desde el reconocimiento y respeto de las diferencias; se busca y aporta a la generación de un cambio sistémico que permita posicionar a la universidad en una vinculación como actor del territorio; se constituye en una propuesta de mercado, en la medida que permite optimizar los recursos disponibles para la capacitación de los recursos humanos de APS.

Si miramos los elementos que he relatado sobre la experiencia del Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar en el marco de los procesos de innovación social⁽¹²⁾, podemos rescatar algunas ideas centrales para su comprensión:

- **La innovación es el resultado de un largo proceso histórico** y cada innovación depende del cambio que se ha venido gestando en el marco de una determinada cultura tecnológica, artística, científica, filosófica u organizativa.
- La **originalidad de la innovación radica en el proceso** que permite hacer realidad un cambio específico.
- La innovación es un **proceso de autoorganización**, es decir, de articulación de los recursos propios –materiales, técnicos, informativos, de conocimiento– cuyos logros deben atribuirse a causas internas, a una manera propia y especial de encarar las dificultades y los retos, a unas propiedades grupales propiciadoras y a cualidades personales que favorecen el cambio, tales como deseo de aprender y resiliencia emocional, entre otras.
- La innovación también es un **proceso exógeno, ecoorganizado**, que supone factores externos que condicionan el ritmo de la innovación, siempre en relación con un entorno cambiante y con una zona de influencia próxima, es decir, con un conjunto de aliados y oponentes.

En relación con estos señalamientos y en el marco de los emprendimientos sociales, unos desarrollos se sustentan en otros y no surgen de la nada. Si rescatamos las historias de los socios fundadores, veremos que muchos de nosotros nos conocimos en otros emprendimientos y que las experiencias previas fueron construyendo valoración, respeto y confianza mutua.

Avanzando un poco más en la reflexión, si se sitúa la experiencia del Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar en el ciclo de la innovación social de Murray, Caulier y Mulgan⁽¹²⁾, se rescatan los siguientes elementos (Figura 5):

En la fase de las **causas - demandas**:

- La conjunción de la existencia de liderazgos locales, de diversos desarrollos institucionales y de procesos históricos trascendentes.
- La emergencia de experiencia aisladas y emergentes de cooperación.
- La identificación de una necesidad y generación de escenarios para lo interinstitucional en lógicas de cooperación.

En la fase de las **propuestas**:

- La existencia de una mancomunidad de intereses y acuerdos de bien común en un marco de confianza mutua.

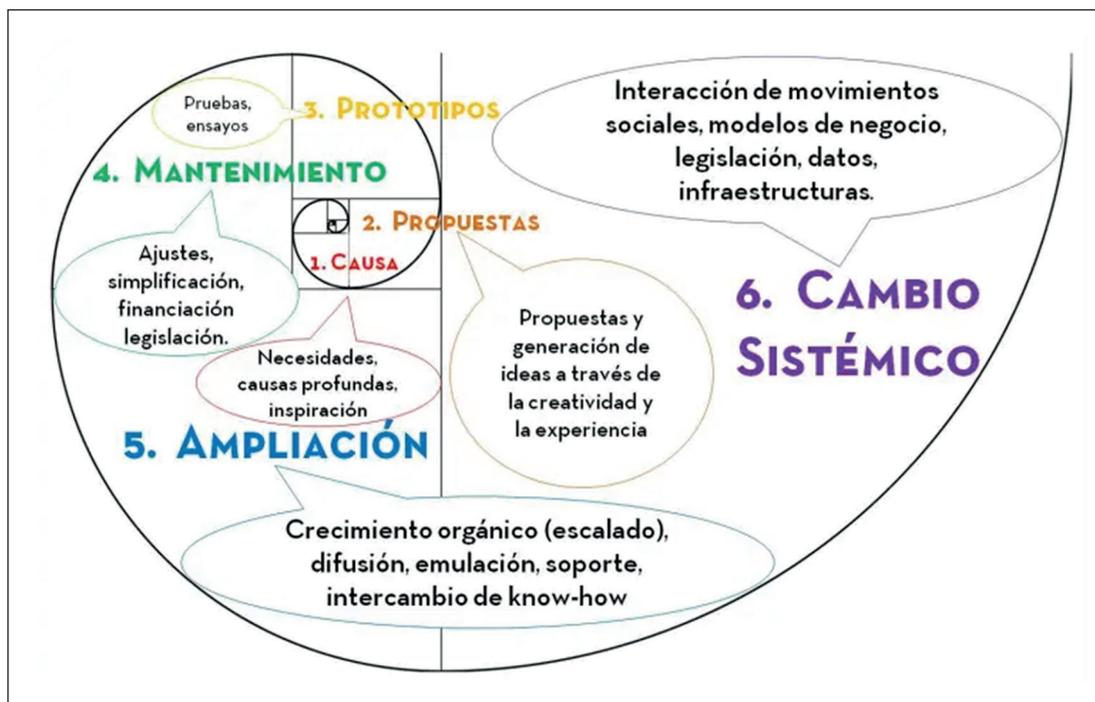


Figura 5. Ciclo de Innovación Social. Fuente: <https://knowgarden.wordpress.com/2013/11/05/innovacion-social/>

En la fase de **pilotos y prototipos:**

- La co-construcción de una propuesta innovadora, integración de la tecnología, alfabetización en TICs.
- El trabajo conjunto de docentes y profesionales asistenciales en red “APS formadora” paso a paso, compartiendo recursos, actuando desde la generosidad, buscando agregar valor desde la contextualización, desarrollando capacidades organizacionales, garantizando oportunidades.

En la fase de **mantenimiento-sostenibilidad:**

- La concreción de un modelo colaborativo de trabajo territorial para el desarrollo de los recursos humanos en APS, desde una construcción social que puede acompañar las prácticas.

En la fase de **ampliación:**

- El aumento de la demanda por la creación de nuevas posibilidades formativas.
- El desafío de explorar nuevas formas de evaluación y monitoreo de la integración de los conocimientos a las prácticas.

En el marco de esta fase experimentamos un momento de crisis que nos obligó a reinventarnos.

Finalmente, en la fase de **cambio sistémico**, se produce:

- La transferencia del capital compartido y proyección de los aprendizajes hacia el interior de las instituciones.
- La emergencia de universidades fortalecidas que proyectan nuevas líneas de trabajo en los territorios (Figura 6).

Para avanzar en otras perspectivas, el año 2012 el Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar, con motivo de un encuentro internacional MINSAL-OPS en relación con el fortalecimiento de la APS, decide sumarse a una nueva iniciativa colaborativa en la búsqueda de ampliar la alianza hacia otras instituciones, reconociendo los vínculos con actores trascendentes en su historia con la intención de dar forma a una Comunidad de Práctica en APS que, a la fecha, se identifica como CdP, Chile.

Esta comunidad se fundó sobre la base de los apoyos de OPS y del Ministerio de Salud, la experiencia de las Universidades que integraron el Consorcio de Salud y Medicina Familiar, los desarrollos de la Sociedad Científica de Medicina Familiar, la participación de la Asociación de Municipalidades y otras agrupaciones profesionales de APS (Figura 7).



Figura 6. Resumen de la Experiencia del Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar en el marco del Ciclo de la Innovación Social (Fuente: Elaboración propia).

Atendiendo a este hito, se puede reflexionar sobre la experiencia y reconocer la evolución del Consorcio desde otra clasificación: las etapas de la innovación social⁽¹²⁾:

(a) La etapa de redes.

Las experiencias de innovación suelen reconocer en las coaliciones, alianzas y redes un medio para crear el cambio social. Estas redes resultan ser esenciales para que las personas encuentren a otras con ideas afines. Las redes suelen ser sólo un comienzo, pues tienden a tener una membresía fluida: las personas entran y salen de ellas sobre la base de lo mucho que personalmente se benefician de la participación.

(b) La etapa de las comunidades de práctica.

En esta fase de desarrollo, las personas comparten un trabajo en común y se dan cuenta de que hay un gran beneficio en esa relación. Utilizan esta comunidad para compartir lo que saben, para apoyarse mutuamente y crear intencionadamente nuevos conocimientos para su campo de práctica. Las personas se comprometen a ser uno para el otro, participan no sólo para sus propias necesidades, sino para servir a las necesidades de otros. En una comunidad de práctica, el enfoque va más allá de las necesidades del grupo. Hay un compromiso intencionado para avanzar en el campo de los descubrimientos con un público más amplio.

The image shows a screenshot of a website titled "2012.... Comunidad de Práctica Nodo Chile". The website has a dark header with navigation links: "INICIO", "¿QUIÉNES SOMOS?", "¿QUÉ HACEMOS?", and "NOVEDADES". Below the header is a logo for "Comunidad de Prácticas en APS" and a list of members under the heading "ACTA CONSTITUCIÓN COMUNIDAD DE PRÁCTICA (CDP) EN APS (NODO CHILE)".

¿QUIÉNES SOMOS?	¿QUÉ HACEMOS?
<ul style="list-style-type: none"> » Oficina de OMS-OPS Chile » Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar <ul style="list-style-type: none"> > Universidad de Chile > Pontificia Universidad Católica > Universidad de Concepción > Universidad de Valparaíso > Universidad de la Frontera 	<ul style="list-style-type: none"> » Sociedad Chilena de Medicina Familiar / Waynakay Chile » Ministerio de Salud » Asociación Chilena de Municipalidades » Agrupación de Médicos de Atención Primaria » Diversos Centros de Atención Primaria de todo Chile

Figura 7. Integrantes Comunidad de Práctica APS, Nodo Chile. Fuente: Villaseca, Aportes al Fortalecimiento de la APS desde la Formación de Comunidades, Reunión de Alto Nivel La Salud Universal en el Siglo XXI, 40 años de Alma Ata, Quito, 2017.

Los miembros de las comunidades de práctica hacen de sus recursos y conocimientos algo disponible para cualquier persona, especialmente para los que realizan trabajos relacionados. La velocidad con que las personas aprenden y crecen en una comunidad de práctica es notable. Las buenas ideas se mueven rápidamente entre los miembros.

(c) La etapa de sistemas de influencia.

Se señala que la tercera etapa de la emergencia de una experiencia de innovación no se puede predecir. En esta fase ocurre la aparición de un sistema que tiene un poder real e influencia, esfuerzos pioneros que se cernían en la periferia de repente se convierten en la norma. Las prácticas desarrolladas por las comunidades pioneras se convierten en el estándar aceptado. Deja de dudarse sobre la adopción de estos enfoques y métodos, y se aprende con facilidad. Se convierten en líderes en el campo y son reconocidos como los guardianes de la sabiduría de su *ámbito de acción*.

De alguna manera, la historia del Consorcio de Salud y Medicina Familiar también reconoce estas etapas en su devenir, lo que nos permite reforzar la tesis de que nuestra existencia da cuenta de una innovación social y de una buena práctica⁽¹³⁾.

Otra lectura posible dice relación con mirar la experiencia desde una perspectiva de aprendizaje rizomático (Figura 8)⁽¹⁴⁾.

En la medida que empezamos a dar forma a la experiencia del Consorcio, modelamos e hicimos algo con una intencionalidad, hemos sido innovación social porque más allá de haber vivido una co-construcción y una creación, hemos intencionado la germinación de nuevas posibilidades y creaciones. Al igual que en un rizoma, las interconexiones que fuimos generando fueron dando vida a otros pequeños nodos en otros lugares que empezaron a posibilitar la colaboración, la creación colectiva, el aprendizaje en la reflexión, la fortaleza colectiva para nuevos emprendimientos.

Al respecto, en el marco de estas interconexiones, destaca cómo la generación de capacidades asociadas a la experiencia ha permitido impulsar, acompañar y sostener procesos tales como:

- La diversificación de la oportunidad de educación continua en el país.
- El surgimiento de comunidades virtuales y territoriales en relación con el rescate y difusión de Buenas Prácticas de la mano de CdP Chile.
- La conformación de la Red Nacional de Programas de Especialización en Medicina Familiar (ReNacEMedFam).
- El fortalecimiento y posicionamiento de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, que ha cumplido 30 años de historia (Figura 9)⁽¹⁵⁾.

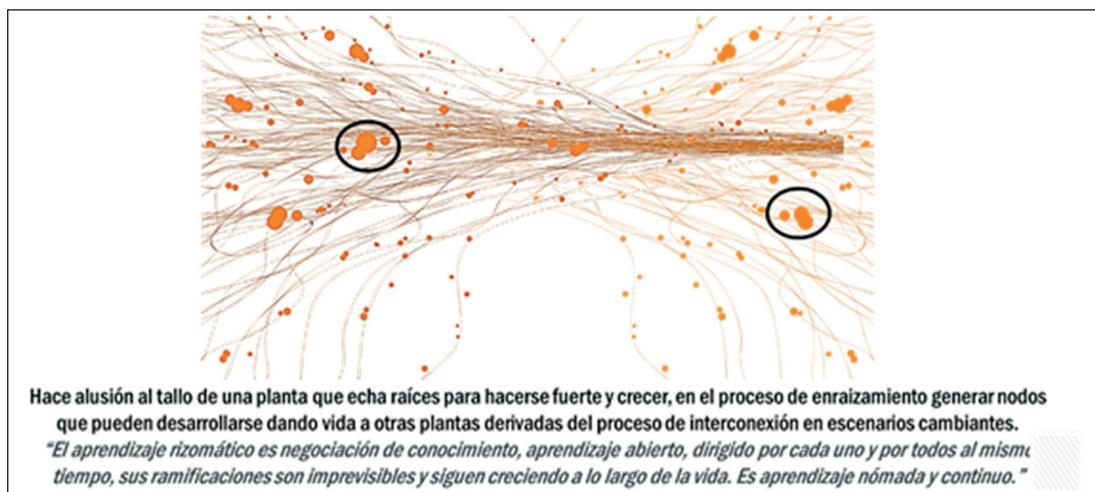


Figura 8. Esquemización Aprendizaje Rizomático. Fuente <https://intef.es/Noticias/gestion-del-conocimiento-conectivismo-y-aprendizaje-rizomatico>.



Figura 9. Formación de Especialistas y Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Fuente <https://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/>

En la historia más reciente, vinculado a las nuevas conciencias derivadas de la experiencia de la pandemia, muchas universidades y otras instituciones académicas se han organizado en torno al movimiento “Universidades por el Territorio”, entre cuyos focos de trabajo se encuentra la preocupación por la innovación en el Curriculum de las Carreras de la Salud⁽¹⁶⁾.

Por estos días, todas estas historias y actores confluyen en la búsqueda de la Universalización de la APS en Chile.

REFERENCIAS

1. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea.Estrategia “Osasunbidea: caminando por la salud”. Documento Base (2015-2020), Disponible en: www.estrategiaosasunbidea.navarra.es
2. OMS. 69ª Asamblea Mundial de la Salud WHA69.19 Punto 16.1 del orden del día 28 de mayo de 2016 Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: personal sanitario 2030. Disponible en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254600>
3. OPS. Ontario Canadá: llamado a la acción de Toronto 2006-2015 Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud 4-7 de octubre de 2005 Disponible en:https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/politicas/Llamado_Accion_Toronto.pdf
4. OMS. Conferencia Sanitaria Panamericana 69. Sesión del Comité Regional de la OMS para las Américas Washington, D.C., EUA, del 25 al 29 de septiembre del 2017. Punto 4.8 del orden del día provisional CSP29/10 24 de julio del 2017. Original: español Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.Disponible en:https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=29-es-9250&alias=43815-csp29-fr-s-815&Itemid=270&lang=es
5. Menezes F, Borrell RM. La misión social de la Universidad para alcanzar la equidad en Salud. Informe de Reunión, OPS/OMS, Manaos Brasil, 2014 Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/905275/2014_ops_informe_mision_social_manaus.pdf
6. Boelen C. WoollardR.Consenso global sobre la responsabilidad social de las Facultades de Medicina. Rev Educ Méd. 2011;14 (1):7-14. Disponible en:https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132011000100004
7. Montero J. Educación participativa de adultos: el modelo dialogante de Jane Vella: experiencia en Chile. Ars Médica 2007;36 (2).Disponible en: <https://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/151>
8. Comunidad de Práctica AP. CDP, CHILE<https://www.paho.org/es/comunidad-practicas-aps-chile>
9. Cruz-Rubio C en Open GovernmentPartnership:Clasificando instrumentos de políticas públicas en gobierno abierto: hacia una agenda de investigación, 2014. Disponible en: <https://www.opengovpartnership.org/stories/clasificando-instrumentos-de-politicas-publicas-en-gobierno-abierto-hacia-una-agenda-de-investigacion/>
10. Hernández-Ascanio J, Tirado-Valencia P, Ariza-Montes A. El concepto de innovación social: ámbitos, definiciones y alcances teóricos. CIRIEC-España, Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa 2016; 88:164-99 Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17449696006>,
11. Rodríguez Herrera A, Alvarado Ugarte H. Claves de la innovación social en América Latina y el Caribe. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, noviembre de 2008, Disponible en:https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2536/S0800540_es.pdf;sequence=1
12. Abreu Quintero JL, Cruz Álvarez JG. Innovación social: un análisis de conceptos, etapas y modelos, Enero 2011 Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/298070338_Innovacion_Social_Un_analisis_de_Conceptos
13. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Calidad y Cohesión.Procedimiento para recogida de buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud, España

- 2003, Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ca/organizacion/sns/planCalidadSNS/BBPP.htm>
14. Ministerio de Educación y Formación Profesional, Gobierno de España, Instituto Nacional de Tecnologías Educativas y de Formación del Profesorado (INTEF) “Gestión del conocimiento, conectivismo y aprendizaje rizomático”, 14-08-2014 Disponible en <https://intef.es/recursos-educativos/observatorio-de-tecnologia-educativa/>
 15. Sociedad Chilena de Medicina Familiar <https://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/quienes-somos/>
 16. Universidades por el Territorio. “Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita: dilemas y desafíos en las enseñanzas y aprendizajes de las ciencias de la salud” Mayo 2021 Disponible en: <https://medicina.uv.cl/noticias/411-universidades-por-el-territorio-realizaran-lanzamiento-del-documento-hacia-la-formacion-de-profesionales-de-salud-que-chile-necesita-dilemas-y-desafios-en-las-enseñanzas-aprendizajes-de-las-ciencias-de-la-salud>