



Gestión de centros de nivel primario de atención

Sistema Nacional de Servicios de Salud Chile

Documento docente
Versión marzo de 2022

César Gattini Collao

Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP)
Instituto de Salud Poblacional
Facultad de Medicina. Universidad de Chile

Gestión de centros de nivel primario de atención

Sistema Nacional de Servicios de Salud, Chile

Documento Docente

Versión marzo de 2022

Cesar Gattini Collao¹

Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP)
Instituto de Salud Poblacional
Facultad de Medicina, Universidad de Chile

¹ Director Ejecutivo e investigador principal del Observatorio Chileno de Salud Pública (OCHISAP).
Profesor Asistente. Instituto de Salud Poblacional. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

SIGLAS

APS	Atención primaria de salud
AUGE	Acceso Universal de Garantías Explícitas
AVPP	Años de vida potencial perdidos
CASEN	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional
CECOSF	Centro Comunitario de Salud Familiar
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CSR	Consultorio de Salud Rural
CSU	Consultorio de Salud Urbano
COSAM	Consultorio de Salud Mental
CONAMA	Comisión Nacional del Medio Ambiente
CONFUSAM	Confederación de Funcionarios de Salud Municipal
CONICYT	Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud
EMR	Estación Médico Rural
EVN	Esperanza de Vida al Nacer
FMI	Fondo Monetario Internacional
FONASA	Fondo Nacional de Salud
GES	Garantías Explícitas en Salud
IDH	Índice de Desarrollo Humano
IDSE	Índice de Desarrollo Socio Económico
ILPES	Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica en Salud
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
ISAPRE	Instituto de Salud Previsional
IPOS	Informe de Política Social
ISP	Instituto de Salud Pública
MDS	Ministerio de Desarrollo Social
MIDEPLAN	Ministerio de Planificación y Cooperación
MIDESO	Ministerio de Desarrollo y Planificación Social de Chile
MINSAL	Ministerio de Salud
NPA	Nivel primario de atención
NSE	Nivel Socio Económico
ODM	Objetivos del Milenio de Naciones Unidas
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PR	Posta Rural
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SEREMI	Secretaría Regional Ministerial
SNS	Servicio Nacional de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SS	Servicio de Salud

ÍNDICE

Siglas	3
Índice	4
Presentación	7
Introducción	8
 1. Gestión en instituciones de salud	 11
Gestión en servicios asistenciales	11
Gestión en servicios asistenciales públicos	14
Funciones gerenciales	16
Competencias gerenciales	18
 2. Contexto institucional del nivel primario de atención	 17
Base normativa y programática del SNSS	17
Las redes asistenciales y el nivel primario	18
El Modelo de Atención Integral	21
Planificación y programación en red	21
 3. La administración municipal de salud	 24
La administración municipal en salud	24
Objetivos de la administración municipal	25
Funcionamiento de convenios de administración	25
 4. Organización y funciones de los centros de nivel primario	 29
Características organizacionales	29
Funciones del nivel primario de atención	31
Programación, ejecución y evaluación local	32
Programa de Reforzamiento de APS (PRAPS)	34
Cobertura de la población asignada	34
 5. La gestión de los centros de nivel primario	 36
Dirección de los centros de nivel primario	36
Tipos específicos de gestión	37
Procesos gerenciales	39
Gestión de la estrategia de APS	40
 6. Gestión de la información local	 42
Información para la gestión	42
Gestión de la información local	42
Producción de la información	43
Uso de la tecnología informática y estadística	48
Integración de la información local en la red del SNSS	48

7. Control y evaluación	50
Procesos de Control y evaluación	50
Control	50
Evaluación	52
8. Herramientas de apoyo a la evaluación y gestión	56
Métodos y técnicas de evaluación	56
Principales métodos y técnicas	57
9. Gestión clínica	69
Gestión clínica	69
Competencias clínicas	70
Capacidad resolutive y referencia de morbilidad	71
Guías de práctica clínica	72
10. Gestión de procesos	76
Procesos en los centros asistenciales	76
Gestión de procesos	77
Implementación de sistemas de gestión de procesos	78
11. Gestión de calidad	81
Calidad de los centros de salud	81
Dimensiones de la calidad global	82
Interrogantes y componentes de la evaluación	84
Criterios de calidad según el marco normativo	86
Acreditación y mejoramiento de calidad	87
11. Gestión de la demanda y sistema de referencia	89
Cobertura de la población asignada	
Gestión de la demanda	89
Estimación de la demanda	89
Diagnóstico local de salud	91
Desempeño de la gestión de la demanda	92
Gestión del sistema de referencia	93
13. Gestión del recurso humano	95
El personal asistencial del nivel primario	95
Capacitación y carrera funcionaria del personal	97
Gestión del personal en el nivel primario	98

14. Gestión del recurso físico	101
Administración de recursos físicos e insumos	101
Gestión de la infraestructura	101
Gestión del equipamiento	102
Gestión de insumos (medicamentos y otros)	103
15. Gestión financiera local	106
Gestión financiera de cada centro de salud	106
Asignación y distribución del financiamiento	107
Financiamiento municipal	107
17. Gestión de la estrategia de APS	110
Gestión con la comunidad	110
Atención primaria orientada a la comunidad	110
Participación comunitaria en salud	111
Integración intersectorial local	134
Glosario operacional	113
Referencias y lectura sugerida	119
Anexos	123
Anexo 1. Indicadores para la gestión local de atención de salud	123
Anexo 2. Compromisos del “Documento de posición respecto de valor social de la atención primaria de salud” (2017). Congreso de Atención Primaria de Salud, Chile	127

PRESENTACIÓN

Este documento docente presenta aspectos conceptuales, normativos y operacionales de la diversa gestión que se realiza en los centros de nivel primario de atención (NPA) del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) en Chile. Este nivel forma parte esencial de las redes asistenciales de los Servicios de Salud del sistema asistencial público, en contacto directo con su población asignada, y su acción también cubre la estrategia local de la Atención Primaria de Salud (APS).

A pesar de que el SNSS está descentralizado al nivel regional y local, existen lineamientos normativos, estructurales y funcionales que se aplican de un modo estándar en todos los centros de NPA, bajo la rectoría y coordinación central del Ministerio de Salud (MINSAL). Todo ello ocurre en el contexto de la red asistencial de los Servicios de Salud y el desempeño de la estrategia local de APS.

La gestión de los centros de NPA no es solo una función administrativa o burocrática y gerencial interna de esos centros, sino que incluye la comunicación e interacción dinámica con los otros niveles asistenciales y administrativos, y con la población objetivo.

El proceso de gestión de esos centros requiere ser desempeñado en forma sistémica y multidisciplinaria, con una integración y coordinación de todas las diversas unidades internas y de todo el personal que labora en esos centros. La gestión global requiere apoyarse no sólo en aspectos clínicos y administrativos, sino que se requiere también de un enfoque sistémico y de procesos de tipo industrial.

Una adecuada gestión y desempeño de ese tipo de centros contribuye a que se cumplan las condiciones de calidad de estructura, procesos y resultados, lo que a su vez les permita cumplir con las funciones, metas y objetivos locales formulados, en torno a fomento, protección, curación y rehabilitación la salud de la población objetivo, a nivel individual y colectivo.

Dado que la atención de salud tiene como crucial objetivo responder a las heterogéneas y cuantiosas necesidades sanitarias de la población asignada, convierte a la gestión de centros de nivel primario en una función mucho más compleja y exigente, con múltiples redes y responsabilidades internas y externas.

La calidad del desempeño depende de múltiples factores, incluyendo la capacidad de gestión y recursos locales; la cobertura de la población a cargo; la diversidad de comunas; el grado de articulación de la red asistencial; así como el grado de inequidad social y sanitaria entre las comunas.

La gestión de centros de NPA requiere de formación continua en todos los profesionales y otro personal de salud, aunque no ocupen cargos gerenciales directos. Ello ya debiera comenzar en quienes se están formando en pregrado de áreas relacionadas con la asistencia sanitaria, la gestión o la salud pública. Luego, es importante seguir conociendo y adquiriendo competencias que les permitan eventualmente asumir adecuadas funciones gerenciales en el nivel primario de atención.

Además de introducir al tema de forma sintética, el documento busca motivar a que los interesados en este tema puedan seguir posteriormente ahondando en los necesarios conocimientos y competencias que requieren tener tanto quienes tienen responsabilidades gerenciales, como aquellos que conforman equipos de salud relacionados directa o indirectamente con desempeño del nivel primario asistencial.

Se espera entonces que este documento pueda servir como consulta básica para quienes se inician en el conocimiento del tema, y que además aporte una motivación para que sus contenidos relevantes puedan ser expandidos, refinados y adaptados a las diversas realidades y entornos donde se ubican y desempeñan tanto los profesionales como los centros de nivel primario de atención del SNSS.

CESAR GATTINI

INTRODUCCIÓN

Los centros de nivel primario de atención (NPA), son establecimientos que, aunque tengan un nivel tecnológico relativamente más simple que los niveles asistenciales más complejos, son parte crucial de las redes asistenciales de los 29 Servicios de Salud del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), que constituye el sistema asistencial público de salud.

A través de sus establecimientos sanitarios distribuidos en todo el país y de sus diversas actividades asistenciales, el SNSS cubre aproximadamente al 80% de la población nacional. Los Servicios de Salud son responsables de las redes asistenciales y sus distintos niveles de atención, donde el nivel primario tiene una serie de funciones de acceso y filtro del sistema y está en contacto directo y continuo con la población objetivo. El 90,5% de los centros de NPA están descentralizados bajo administración municipal.

Bajo la perspectiva de gestión, cada centro asistencial de NPA es una empresa pública productiva de bienes y servicios asistenciales, los que se proveen como respuesta pertinente a las necesidades o problemas de salud de las personas de la población asignada, cuando demandan atención en dicho centro.

Aunque la complejidad tecnológica del nivel primario sea relativamente más simple que la de los otros niveles asistenciales, sus procesos de gestión clínica y administrativa son igualmente complejos y dinámicos, especialmente en lo relativo al manejo del personal de salud, y la gestión clínica y de procesos, en el contexto de una esperada calidad global. Esa labor no solo se aboca al interior de cada establecimiento, sino que también incluye una activa interacción con el resto de la red asistencial del SNSS, la comunidad y otros sectores locales.

Los centros de nivel primario son denominados “*establecimientos de baja complejidad*” por el Ministerio de Salud e incluyen tanto a los centros ambulatorios de nivel primario como a los hospitales de baja complejidad que también cumplen esa función a través de sus policlínicos ambulatorios adosados.

Ello se especifica en detalle en la organización y normativa vigente del Ministerio de Salud para el SNSS. Cabe destacar que el 90,5% de centros ambulatorios de nivel primario está bajo administración municipal, aspecto que debe ser debidamente conocido en la gestión local. Este tipo de centros no debieran ser empresas autónomas e independientes abiertas en un mercado competitivo (o cuasi mercado), sino que funcionan como “sucursales” de una red asistencial que requiere ser integrada y solidaria, bajo la dirección de cada Servicio de Salud y administración municipal.

La función de estos centros también incluye la estrategia o acción de Atención Primaria de Salud (APS). Por ello, los centros de nivel primario (que es un componente de la red asistencial) reciban también la denominación de centros de APS (aunque NPA y APS no son sinónimos). Estos aspectos están considerados en el “Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria”, formulado por el Ministerio de Salud. En este contexto, la gestión y la práctica clínica son cruciales para responder a las necesidades y demandas asistenciales de las personas de la población objetivo.

En forma similar a lo que ocurre en el SNSS en cuanto entidad asistencial pública en los países con desarrollo medio, los centros asistenciales públicos del SNSS tienen el enorme desafío de enfrentar las grandes y crecientes necesidades de salud en la población asignada. Los consecutivos gobiernos hacen grandes esfuerzos para fortalecer el sistema público, pero las crecientes necesidades y demanda asistencial de la población tienden a superar con creces, al limitado recurso disponible y la capacidad de desempeño y respuesta local.

El recurso financiero (esencial para lograr los otros recursos locales) proviene esencialmente de fondos estatales, tanto desde impuestos como de insuficientes fondos recaudados por la cotización aportada al Fondo Nacional de Salud (FONASA). Ello obliga a seguir abordando la persistente crisis histórica de recursos que sigue afectando al sistema público de salud. Por ello y aunque resulte insuficiente, los diversos

gobiernos realizan importantes y sostenidos esfuerzos de gestión y funcionamiento cotidiano, con el fin de resguardar al máximo posible, la sustentabilidad y suficiencia del desempeño de los centros de NPA.

La gestión en los centros de nivel primario abarca tanto la dirección global del establecimiento (a cargo de sus directivos y el equipo de dirección), como aquella que se ejerce en las divisiones o unidades productivas internas (como servicios clínicos y de apoyo diagnóstico y terapéutico, y las unidades administrativas).

Cada atención clínica que se provee es una actividad final apoyada por una cadena productiva de procesos que permiten la producción de bienes y servicios asistenciales. Por ello y además de la gestión global de la dirección, también se realizan diversos tipos de gestión específicos, relacionadas con aspectos administrativos o de procesos que apoyan la gestión global como la gestión de recurso humano, físico, financiero, de calidad, de información local, y de interacción con otros niveles, sectores y la comunidad local. Se requiere contar con personal específicamente capacitado para realizar tanto labores diagnósticas y terapéuticas, como administrativas, técnicas y de servicios generales en cada centro de salud.

Bajo el modelo y la normativa del Ministerio de Salud (y sus dependencias como la Superintendencia de Salud y FONASA), los centros de nivel primario son considerados “prestadores institucionales” que requieren estar “acreditados” como entidades autónomas en un enfoque implícito de “*cuasi mercado*” aplicado al SNSS, ante lo cual responden con determinados “compromisos de gestión” (sin considerar el necesario apoyo previo que los niveles administrativos superiores (municipios, Servicios de Salud y el Ministerio de Salud). Ello plantea inconsistencias respecto a lo esperado en un sistema público de salud organizado en redes integradas y solidarias, y requieren contar con el recurso y capacidad necesaria para cumplir sus cruciales funciones.

En la medida que la gestión económica y administrativa (supeditadas a las limitaciones de

recurso o excesivos requerimientos del nivel central) tienda a producir limitaciones de la calidad y productividad del ámbito clínico, entonces ello puede desvirtuar y limitar seriamente la debida gestión y desempeño de los centros asistenciales. Es importante que los procesos de planificación, programación y ejecución de actividades asistenciales anuales de cada centro consideren y difundan debidamente la existencia de brechas no resueltas entre los recursos y capacidad existente de desempeño (capacidad de oferta) respecto a las necesidades sanitarias de la población asignada (eventual demanda).

El sistema de salud chileno mantiene una organización y estructura bastante similar a la establecida hace cuatro décadas en la reforma sanitaria de la época. Ahora se requiere de revisión global. Las innovaciones que se requieren también implican cambios en la estructura, gestión y desempeño del NPA.

El modelo del SNSS se sigue identificando plenamente con los principios de APS, pero se mantienen históricas inconsistencias y en la práctica, el nivel primario sigue siendo un nivel subalterno y poco prioritario en la red. Su rol y aportes deben ser realmente puestos y respaldados en el lugar que cumple en las redes asistenciales, en apoyo a su responsabilidad directa ante la población asignada.

La coordinación, integración y solidaridad entre los centros de nivel primario (equidad horizontal) es un requisito esencial para sentar las bases de redes asistenciales integradas y efectivas, que puedan concretar los objetivos y la necesaria capacidad de oferta del SNSS respecto a las necesidades y demanda asistencial de los diversos grupos y personas de la población.

Los profesionales de salud que laboran en centros de nivel primario tienden a asumir con frecuencia, funciones de gestión en estos establecimientos, ya sea en su dirección general o bien a cargo de unidades o programas internos.

Es imprescindible entonces contar con profesionales directivos y equipos profesionales que tengan competencias gerenciales clínicas y gerenciales, basadas en una serie de conocimientos, habilidades y experiencias. Los

profesionales de salud, especialmente los médicos desde el inicio de su profesión tienden a ser gerentes “naturales” (o bien por defecto) de los centros de nivel primario, y por tanto deben estar preparados para eventualmente asumir las funciones de liderazgo y gestión.

Se debate con cierta frecuencia si es que profesionales de salud como los médicos “sirven, o no” para ejercer funciones directivas y gerenciales en los centros de salud. Ello obedece a un enfoque sesgado de asumir que los profesionales “clínicos” solo tienen conocimientos y competencias restringidas a la atención individual de pacientes. Además, y para poder ejercer la mejor práctica profesional posible, los médicos tienden a solicitar mayor recurso, lo que puede causar claras divergencias con el personal administrativo y financiero que se concentra en contención de costos en busca de la sustentabilidad del centro, bajo limitados recursos disponibles.

Para cumplir adecuadamente sus funciones, cada gerente requiere poseer competencias (conocimiento, habilidades y experiencia) al menos en los ámbitos conceptuales, técnicos e interpersonales. En consecuencia, la formación profesional de pregrado puede ser muy útil al aportar conocimiento y competencias básicas sobre gestión y salud pública; esta última es una disciplina (multidisciplinaria) y una práctica enfocada en el nivel colectivo de la población (como objeto de estudio y de aplicación de medidas sanitarias).

Las competencias basadas en el adecuado conocimiento contribuyen a resolver problemas imprevistos y complejos. Ello también incluye conocer la organización, sus componentes, recursos y procesos institucionales. El conocimiento debe abarcar los diversos niveles de gestión: macro nivel (nacional) meso nivel (regional) y micro nivel (local)

Las competencias técnicas son aquellas que le permiten adoptar modificaciones del programa de trabajo o de organización del grupo de personal subalterno, según necesidad, con el fin de asegurar el cumplimiento de las metas planeadas. También requiere conocer los tipos de gestión más específicos que se requieren de apoyo a la atención clínica y respuesta a las necesidades asistenciales de salud.

Las competencias interpersonales incluyen la capacidad de comunicarse e interactuar con otro personal, ya sea subalterno o de niveles superiores, así como con otros actores internos o externos a la institución. La capacidad de liderazgo y de adecuada toma de decisiones es esencial.

El texto aborda diversos capítulos que se refieren a los siguientes aspectos, entre los cuales destacan:

- La organización y funcionamiento institucional de salud
- La naturaleza y funciones de centros NPA
- Los diversos tipos de gestión
- Las herramientas de gestión
- La gestión clínica
- La gestión de procesos
- La gestión de calidad
- Las competencias gerenciales requeridas, y
- Los aportes y desafíos gerenciales

El texto también incluye un glosario operacional y literatura recomendada sobre el tema, junto a anexos relacionados con indicadores para la gestión local de atención de salud, y con el “Documento de posición respecto de valor social de la atención primaria de salud” (2017). Congreso de Atención Primaria de Salud, Chile.

1. GESTIÓN EN INSTITUCIONES DE SALUD

La gestión es el proceso de manejo de una institución basado en un conjunto de reglas, procedimientos y métodos operativos como planificación, programación, organización, motivación, control, supervisión y evaluación, con el objetivo que la organización pueda lograr el cumplimiento de actividades, funciones, programas, planes, objetivos y metas institucionales.

GESTIÓN EN SERVICIOS ASISTENCIALES

La gestión es una función organizacional básica que se enfoca principalmente en la toma de decisiones y en la dirección o administración de recursos, especialmente personal a cargo, junto a los procesos que se realizan, para llevar a cargo una actividad que contribuya al logro de objetivos institucionales. En el liderazgo y manejo de personal, un gerente trabaja con personas y otros recursos bajo su dirección o administración, para asegurar el desempeño coordinado del equipo en torno al cumplimiento de determinados objetivos planeados en el establecimiento.

Una empresa es un sistema formal que tiene una organización, determinada estructura, procesos y entrega bienes o servicios, con el fin de responder a las demandas de los usuarios, por dichos bienes o servicios. Puede ser estatal o no estatal, pública o privada, con o sin fines de lucro, formar parte de una red asistencial o bien funcionar de modo autónomo.

A distintos niveles de una organización, la gestión puede ser formal, en un cargo asignado para cumplir funciones establecidas de modo normativa, o bien las funciones gerenciales se pueden asumir de modo semiformal o incluso informal, cuando en un determinado establecimiento se designan unidades funcionales o grupos de trabajo, en apoyo o división de trabajo funcional de la gestión formal establecida.

En la gestión se toman decisiones y aplicación acciones para buscar resolver los problemas que pueden aparecer. Se busca la coordinación el equipo de trabajo y los diversos procesos que cabe realizar de un modo integrado, en torno al logro institucional de cumplir con los objetivos y metas propuestos. La toma de decisiones del gerente se concreta en acciones que son posibles de asumir en el contexto institucional (según las normas y organización institucional) que puedan ser efectivas y eficientes. Para su ejercicio, la gestión

cuenta con herramientas, como la planificación y el control y evaluación, junto a esas bases normativas de las reglas institucionales.

Los términos de *administración* y *gestión* pueden ser consideradas tanto sinónimos intercambiables por algunos grupos), como procesos distintos por otros, pues tienen cierta coexistencia de conceptos y de funciones. En general, se considera que la administración tiene una connotación más burocrática, institucional, que se concentra en el seguimiento de normas e instrucciones establecidas, e incluso se considera más utilizada en el sector público (enfoque área de administración pública). La gestión es enfocada más bien como un proceso de toma de decisiones que se enfoca en el manejo del recurso y de conducción del grupo de personas subalternas ante las cuales se tiene las funciones de liderazgo y dirección. Con ello se procura poder lograr del mejor modo posible (con calidad y eficiencia), los resultados esperados.

Dado que el desarrollo de las instituciones productivas ha tenido un enorme desarrollo, la administración se aplica a instituciones con distintas formas de organizarse, de una forma global y dinámica; ello incluye considerar la interacción e influencia del complejo contexto externo que la rodea. La administración se ha convertido en una disciplina y práctica multidisciplinaria, que incluye diversas disciplinas como la administración, economía, psicología, sociología, informática, comunicación y otras disciplinas integradas.

En un contexto interinstitucional muy cambiante, así como los cambios en el mercado y la sociedad, la administración actual incluye considerar las estrategias de innovación organizacional y su adaptación al muy complejo y dinámico contexto en que se desenvuelve.

Las distintas definiciones de administración y gestión tienden a coincidir en los siguientes aspectos:

- Involucran la toma de decisiones, no sólo de recursos humanos (prioritarios), sino que todo aquellos que se necesitan para el desempeño institucional.
- Se enfocan en el cumplimiento de objetivo(s) o metas establecidas en una institución. Ello les plantea el desafío sobre cómo lograr que, con los recursos y funciones desarrolladas por la institución, así como las decisiones adoptadas, se traduzcan en los resultados esperados en las metas.
- Hay manejo de recursos humanos que son grupos sociales que incluyen diversas personas con distintas funciones y relaciones. En su adecuada coordinación y desempeño, es esencia ejercer liderazgo y adecuada toma de decisiones
- Se busca el uso adecuado y racional de los recursos disponibles, con un esfuerzo cooperativo y coordinado en torno a un objetivo predeterminado. Ello cobra importancia cuando la demanda (necesidades de salud y de atención, en el caso de salud) supera la capacidad oferta, por limitados recursos disponibles.
- Procuran que se cumplan todos los objetivos establecidos, con calidad, efectividad y en forma oportuna.
- Buscan obtener la máxima producción de resultados con el mismo recurso disponible, o bien similar resultado con una menor disponibilidad de recursos (eficiencia económica y productiva)

De un modo relativamente similar a lo aplicable a otras instituciones y empresas, la gestión de servicios de salud incluye las funciones de planificar, organizar, manejar el recurso humano, controlar el manejo de los recursos, dirigir, y tomar decisiones, con el propósito de lograr los objetivos o metas propuestas de la organización de manera eficiente y eficaz. Sin embargo, su principal función es aportar liderazgo y dirección a los servicios de salud, incluyendo supervisión y coordinación del personal.

Debido a la gran complejidad y dinamismo que han obtenido progresivamente las instituciones de servicios de salud, se ha hecho necesario contar con gerentes que tengan una más compleja capacitación. En otros países, como EE. UU., ya se ha configurado una profesión (*healthcare manager*) y se realizan programas conducentes al grado de maestría o doctorado en temas como administración de empresas o administración pública, con concentración en servicios de salud (o sus componentes específicos).

De un modo similar a las funciones generales realizadas en una empresa productiva, es posible reconocerlas en el funcionamiento de los centros asistenciales de salud. Entre ellas destacan:

- Funciones técnicas, relacionadas con la producción de bienes o de servicios.
- Funciones comerciales, relacionadas con la compra y venta de bienes o servicios.
- Funciones financieras, relacionadas con la gestión de las finanzas.
- Funciones de seguridad, relacionadas con el resguardo de los bienes y personas.
- Funciones contables, relacionadas con aspectos como inventarios, balances y costos.
- Funciones administrativas, que integran, coordinan y sincronizan las demás funciones de la empresa.

Los servicios de salud, en cuanto empresas productivas de bienes y servicios asistenciales de salud, tienen particularidades institucionales que son distintas a otros tipos de empresas más tradicionales de tipo productivo industrial o de comercio, que son abiertas al mercado. La producción de servicio. Ello plantea un contexto específico de requerimiento de adaptación a la gerencia:

- Los servicios de salud no realizan una producción sistematizada (tipo industrial) de servicios asistenciales idénticos, sino que se acomodan de modo muy específico a cada persona consultante, ya que cada persona presenta variaciones personales que influyen en la modalidad asistencial específica que se requiere (cada persona porta diversos factores individuales de vulnerabilidad y riesgo, incluyendo aspectos

socioeconómicos, culturales y problemas de salud acumulados).

- Los profesionales de salud constituyen personal altamente capacitado, que en su rol clínico enfrentan innumerables casos de proveer servicios asistenciales a usuarios con muy diverso riesgo y problemas de salud, así como de poder ofrecer atención capaz de resolver cada problema en consulta (hay personas cuya situación está fuera del alcance curativo) lo que genera serias responsabilidades legales de cada profesional clínico, especialmente de los médicos (que ha llevado a “judicializar” la medicina).
- Los servicios prestados a los usuarios no solo son curativos o preventivos específicos individuales, sino que cubren una amplia gama de servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y servicios curativos, y eso no requiere ser aplicado a nivel individual o al interior del establecimiento (como sucede con la promoción de salud).
- Los servicios de salud privados pueden ofrecer atención sanitaria al mercado abierto, mientras que los servicios públicos tienden a estar enfocados en una población objetivo ante la cual son responsables de su situación sanitaria, y de responder a sus necesidades asistenciales de salud.
- Los servicios públicos tienden a tener gran cobertura nacional y a funciones en redes asistenciales con distinta complejidad de niveles según complejidad y cobertura. El nivel primario tiene contacto directo con la comunidad y puede sumir la estrategia de atención primaria de salud, donde la comunidad tiene un rol activo de participación.
- Los servicios públicos, especialmente en países en desarrollo, tienen alta dependencia del financiamiento estatal (que tiende a ser limitado) por lo cual los servicios públicos evolucionan con persistentes y notorias crisis de recursos y desempeño, con una capacidad de oferta de servicios asistenciales, que es insuficiente ante las necesidades sanitarias y demanda de la población por servicios de salud.

En consecuencia, un gerente de servicios de salud no solo debe tener conocimiento y competencias

para desempeñarse en una empresa industrial o comercial tradicional, sino que requiere tener un acabado conocimiento de todos los aspectos y disciplinas involucrados en el desempeño de los centros de instituciones de salud, y no solo de las actividades finales de atención de salud, sino que de todos los procesos que permiten que exista un adecuada gestión y desempeño clínico de calidad y efectivo.

El gerente de servicios de salud enfrenta el desafío de hacer lograr que se realicen las tareas necesarias en el desempeño de su establecimiento o unidad en los servicios de salud, para que los servicios prestados se produzcan con adecuada calidad y oportuno cumplimiento. Ello incluye buscar los mecanismos y trabajo coordinado de los equipos de trabajo para lograr efectividad, eficiencia y equidad en los servicios prestados, mediante el mejor uso de los recursos disponibles.

El gerente requiere tener un rol de liderazgo, gestión y dirección en las unidades y con el personal subalterno del cual es responsable por estar a cargo. El liderazgo busca empoderar incentivar, motivar, y generar un buen clima de trabajo, para favorecer que el grupo subalterno pueda realizar el mejor desempeño posible y así cumplir los resultados institucionales, incluso en situaciones complejas y cambiantes y eventuales conflictos internos que pudieran surgir.

Su función no sólo se remite al manejo interno de la unidad y personal a cargo, sino que requiere mantener una estrecha interacción y coordinación con gerentes de otros niveles de las instituciones de salud, con otros actores y sectores relacionados en el entorno, y con las personas que requieren de los servicios asistenciales.

En este rol, se reconocen alrededor de cinco o seis funciones en el rol del gerente

- Planificación. El gerente formular lo que se necesita ser cumplido, incluyendo las prioridades y metas de cumplimiento. En línea con lo que otros niveles regionales o nacionales de una institución de salud, planifica en conjunto con su grupo y define lo que se propone lograr en el corto o mediano plazo.
- Organización. Para un mejor funcionamiento del personal de salud a cargo, el gerente define el

modo de organización del equipo de personal, incluyendo posiciones y flujos de comunicación.

- Gestión del recurso humano. Ello no solo incluye la gestión cotidiana del personal contratado, sino que a las estrategias que permitan contratar, capacitar y retener el personal del equipo de personal.
- Control. Incluye realizar supervisión y control sistemáticos con el fin de vigilar los procesos en curso para orientar la dirección y apoyo a alguien o una tarea hecha por el equipo de personal, conforme a los planes y programas definidos.
- Dirección. Es la función esencial y cotidiana de ejercer efectivo liderazgo, buscar el trabajo coordinado, comunicar y tomar oportunamente las medidas necesarias para el cumplimiento del desempeño conforme a lo programado.
- Toma de decisiones. Relacionada con las otras funciones, el gerente debe adoptar decisiones efectivas y oportunas para el desempeño del equipo de personal, considerando simultáneamente sus eventuales ventajas y desventajas. El control y evaluación son esenciales para que el gerente vea reacomodación de decisiones y acción, en torno a lo programado como desempeño y hacia el logro de cumplimiento de metas y objetivos.

GESTIÓN EN SERVICIOS ASISTENCIALES PÚBLICOS

La gestión de servicios de salud corresponde al ámbito global cubierto por la perspectiva de economía y negocios. Pero, los servicios de salud tienen características que además deben ser adecuadamente abordadas bajo el enfoque de administración pública. Los servicios asistenciales públicos tienden algunas particularidades distintas a los centros privados, que corresponde al enfoque de administración pública aplicada a servicios de salud, especialmente a centros asistenciales (cuadro 1.1).

Los servicios asistenciales privados de salud tienden a seguir el comportamiento y estrategias adoptadas por un mercado abierto competitivo, ante el cual planifican y producen bienes y servicios asistenciales a clientes que solicitan atención. En ese contexto, los servicios privados tienden a ser creados, ampliados e innovados según la proyección de la demanda a la cual estará respondiendo.

En contraste, la oferta de servicios en los centros asistenciales públicos se enfoca en las necesidades de salud de su población objetivo, ante la cual tienen responsabilidad sanitaria.

Debido a que los servicios públicos de salud se organizan y funcionan en red, con estandarización a nivel nacional, cada centro asistencial requiere aplicar las normas técnicas y programas de salud ministeriales, así como adaptar al nivel local, la estrategia y planificación nacional de salud. Requieren realizar en forma periódica, reportes estandarizados de recursos y desempeño.

En la red asistencia pública, lo centros requieren funcionar con adecuada integración (horizontal entre centros similares y vertical con centros de diverso nivel). Ello contribuye a la equidad asistencial y sanitaria

La naturaleza y funciones de los centros asistenciales públicos están determinados por el contexto normativo institucional aportado por la autoridad sanitaria rectora. Su financiamiento es estatal, con aportes del seguro público de salud (si lo hay) y con baja o nula proporción de copago al momento de uso de servicios

La autoridad sanitaria determina la cantidad, y características de contrato del personal, incluyendo los cargos gerenciales. El personal cuenta con carrera funcionaria y todo su personal está sujeto a evaluación funcionaria y rendición de cuentas.

Cuadro 1.1 Diferencia entre servicios asistenciales públicos y privados de salud

Característica	Público	Privado
Contexto normativo institucional	Autoridad sanitaria	Autónomo o independiente
Financiamiento	Estatal Seguro público de salud Baja o nula proporción de copago al uso de servicios	Seguro privado de salud Pago al momento de uso
Suficiencia del financiamiento	En general deficitario, con periódicos complementos	Gastos adaptados a recursos e ingresos
Oferta de servicios	Población objetivo	Abierta al mercado
Responsabilidad sanitaria de una población objetivo	Si	No
Red asistencial por niveles	Si	No
Organización y solidaridad entre centros	Si	No
Equidad asistencial y sanitaria	Si	No
Competencia en el mercado	No	Si
Contrato del personal	Determinado por normativa de autoridad sanitaria	Definido por cada institución
Cargos gerenciales	Determinados por normativa ministerial	Definido por cada institución
Innovación y costos	Determinado por normativa de autoridad sanitaria Tendencia a control de costos	Definido por cada institución
Aplicación de normas técnicas y programas de salud ministeriales	Si	No
Carrera funcionaria	Si	No
Evaluación funcionaria y rendición de cuentas	Si	No
Reporte estandarizado de recursos y desempeño	Si	No

Mientras que un centro privado puede asumir decisiones internas relativas a inversiones, innovación y costos, en los centros asistenciales públicos ello requiere ser determinado en detalle por la autoridad sanitaria. Dado el financiamiento en general limitado y deficiente en los establecimientos públicos, en el sector público se aplica un enfoque de contención de costos, lo que incide en limitaciones burocráticas y de recursos cuando se necesita innovar y mejorar la capacidad de oferta asistencial.

Según el enfoque sistémico y para efectos de gestión, un centro asistencial es considerado un sistema completo (a su vez, es un subsistema de las redes asistenciales y del SNSS), Un sistema es entendido como un conjunto de elementos (organizacionales, físicos, humanos, financieros, tecnológicos), que están organizados e

interrelacionados en torno a un fin determinado. Este fin se relaciona con la respuesta coherente y pertinente a las necesidades y demanda asistenciales de la población objetivo.

REFERENCIAS

- Thompson J, Buchbinder S. and Shanks N. (2016) An Overview of Healthcare Management. Chapter 1. Jones & Bartlett Learning.
<http://samples.jbpub.com/9781284081015/chapter1.pdf>
 Acceso: 18.4.20
- Tobar F. (2002) Modelos de gestión en Salud. Buenos Aires. Lugar Editorial 2000
https://www.academia.edu/36650684/Modelos_de_Gesti%C3%B3n_en_Salud. Acceso: 18.4.20
- Colibres H. (2004) Fortaleciendo el Liderazgo y Fortaleciendo el Liderazgo y Gerencia de Instituciones de Salud en Procesos de Reforma. Iniciativa Regional de Reforma del Sector Salud de

América Latina y el Caribe. Management Sciences for Health. Antigua, Guatemala, 19 de Julio de 2004
https://www.paho.org/hq/documents/events/guatemala04/HectorColindres_esp.pdf Acceso: 18.4.20

Carnota O. (2013) Hacia una conceptualización de la gerencia en salud a partir de las particularidades. Revista Cubana de Salud Pública. 2013;39(3):501-52
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v39n3/spuo8313.pdf>. Acceso: 18.4.20

2. CONTEXTO INSTITUCIONAL DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

El modelo, normas, modo de planificación, programación y funcionamiento de los centros de nivel primario se encuentran estipulados en la normativa del Ministerio de Salud para el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS). Esta normativa ministerial está estandarizada para todos los centros de nivel primario del SNSS. La organización del SNSS a diversos niveles contextualiza la naturaleza, funciones y gestión de los centros de NPA.

BASE NORMATIVA Y PROGRAMÁTICA DEL SNSS

El modelo, las normas, modos de planificación, programación ejecución y evaluación del funcionamiento de los centros de nivel primario de atención (NPA) se enmarcan en la normativa vigente para el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), la que es determinada por el Ministerio de Salud, en su condición de autoridad sanitaria, ente rector y regulador del SNSS. (1)

La normativa ministerial está estandarizada para todos los centros de nivel primario. La gestión y desempeño de esos centros de nivel primario deben estar en línea con numerosa documentación e indicaciones normativas, incluyendo guías técnicas y orientaciones de planificación, programas de salud, protocolos y otros que deben ser conocidos y aplicados a nivel local. (1-3)

Este tipo de centros, en cuanto forman parte de las redes asistenciales de los Servicios de Salud, deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o imparta en la materia el Ministerio de Salud. Existe una diversa serie de documentos técnico-normativos y orientaciones tendientes a aplicar el modelo ministerial, que busca en forma estandarizadas, que todos los centros de dicho nivel tengan un similar desempeño, adaptado a los planes y programas nacionales, regionales y municipales, normas técnicas y programas de salud, así como orientaciones y lineamientos para realizar diagnósticos locales de salud, planes, programas y ejecución cotidiana de actividades, monitoreo y evaluación. (1-3)

El modelo del SNSS en general y del nivel primario en particular, fueron establecidos en la reforma sanitaria realizada hace cuatro décadas, con algunos ajustes originados en la denominada

reforma de 2004, que no cambiaron mayormente la estructura ni las funciones de los centros de nivel primario.

Las bases normativas, se encuentran entre otras, en los siguientes documentos:

- Reglamento Orgánico de Servicios de Salud. DL 2763 (1979) (1)
- Ley No 19.937 (2004) que modifica el DL 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.
- Convenios tipo para la administración municipal en salud.
- Estatuto de Administración Municipal. (4)
- Régimen de Prestaciones de Salud (Ley 15.469, 1985) (5)
- Ley de Autoridad Sanitaria (Ley 19.937, 2004) (6)
- Régimen General de Garantías Explícitas en Salud (L.19.966, 2004) (7)
- Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 (8)
- Orientaciones para la Planificación y Programación en Red (MINSAL, 2017) (9)
- Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MINSAL, 2012) (10)
- Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MINSAL, 2017) (11)

Las distintas Divisiones y dependencias del Ministerio de Salud también elaboran, actualizan y difunden una serie de lineamientos, normas, guías y protocolos técnicos y administrativos para ser aplicados en el SNSS. (7)

También hay prestaciones asistenciales que se enfocan en algunos tipos de población vulnerable que es objeto prioritario de políticas de protección social gubernamental. Es el caso de la atención provista a beneficiarios de subsidios únicos familiares (SUF); pensiones asistenciales de vejez o invalidez (PASIS), subsidios de cesantía; víctimas de la represión política (PRAIS); discapacitados mentales; migrantes; y población en extrema pobreza. La administración del financiamiento recae en el Fondo Nacional de Salud. (10,19-21)

El marco normativo y programático de MINSAL considera al nivel primario estrechamente relacionado con la atención primaria de salud (APS) y los considera al mismo tiempo como: (a) una estrategia y acción sanitaria en línea con Alma-Ata y (b) el nivel primario de atención de la red asistencial de los Servicios de Salud del SNSS, con una serie de prestaciones o servicios, en línea con el enfoque y recomendaciones internacionales sobre APS). En consecuencia, los centros del nivel primario de atención son frecuentemente denominados de APS, por cuanto el marco institucional del Ministerio de Salud ubica la APS como una función desempeñada en los centros de nivel primario de atención (cuadro 7). (6,7)

LAS REDES ASISTENCIALES Y EL NIVEL PRIMARIO

Los Servicios de Salud son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección, recuperación de la salud, rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les compete. Son organismos estatales funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para la realización de sus acciones. Son Servicios con asignación geográfica definida.

A la Dirección del Servicio de Salud le corresponde la supervisión, coordinación, y control de todos los establecimientos. La red asistencial de los Servicios está constituida por Hospitales, Consultorios Generales Urbanos y Rurales y Postas Rurales de Salud. Los hospitales pueden tener diversa complejidad, representando operativamente un nivel

primario (basado en medicina general como máxima capacidad resolutive), secundarios (principalmente con especialidades básicas) y terciario (con la existencia de subespecialidades y especialidades más complejas).

Los centros asistenciales de esas redes se organizan con diferente nivel de complejidad tecnológica, y que en conjunto tienen el objetivo de proporcionar atención de salud a la población destinataria con el propósito de contribuir a resguardar y mejorar la salud de la población asignada. Los centros de mayor complejidad tecnológica asistencial tienen menor cobertura de población (y que en general reciben demanda proveniente de los centros de nivel primario), mientras que los hospitales de baja complejidad y los centros de nivel primario tienen mayor cobertura de población. La atención primaria de salud es esencialmente provista en el nivel primario.

Las diferentes áreas de gestión y funcionamiento que se ejercen en los diversos niveles de una red asistencial dependen del:

- Nivel de agregación geográfica: local, regional, nacional.
- Nivel de complejidad asistencial: primario, secundario, terciario.
- Nivel de integración de las unidades asistenciales: establecimiento (centros finales productivos o intermedios), establecimientos de similar complejidad, establecimientos de referencia de pacientes, redes de establecimientos funcionales o institucionales.
- Foco predominante del tipo de gestión (tal como: clínico, administrativo, financiero).
- Tipo predominante de atención de salud (orientado a prevención o curación);
- Período para planificar las proyecciones: corto (dos o menos años), medio (cinco años) y largo plazo (diez años o más).

Los establecimientos asistenciales del NPA pueden ser depender directamente del Servicio de Salud, de las municipalidades y de su administración municipal, o bien corresponder a otros establecimientos públicos o privados que suscriben convenios con el Servicio de Salud para

prestar servicios delegados (similares a los realizados en los otros centros de nivel primario). Los centros de la red deben colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.

La articulación entre niveles se refiere tanto a su coordinación técnica y administrativa, como del sistema de referencia de morbilidad (referencia y contrarreferencia de pacientes), en busca del nivel con capacidad resolutoria suficiente en cada caso.

Entre los aspectos claves de una red asistencial integrada, destaca que:

- Se cuenta con responsabilidad sobre la situación de salud en una población y territorio a cargo, definidos.
- Existe una red de establecimientos de salud que tienen distinta complejidad técnica.
- Un primer nivel de atención multidisciplinario centrado en la comunidad y que sirve como puerta de entrada al sistema.
- Se realiza prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, según derivación desde el nivel primario.
- Se cuenta con gestión y coordinación administrativa y asistencial de la red, que incluye el sistema de referencia de pacientes.
- La atención de salud está centrada en la persona, la familia y la comunidad, especialmente en atención primaria.

Es necesario lograr adecuada organización, expeditos sistemas de referencia de morbilidad y asegurar eficiencia y equidad. Ello significa que las Direcciones de Servicios de Salud, para poder gestionar el adecuado desempeño de sus instituciones, requieren contar una dinámica red que cuente con integración vertical (entre distintos niveles de atención) y horizontal (poder asegurar la más eficiente distribución de recursos del mismo nivel), como el caso de la APS.

Para ello, la perspectiva de salud pública integral enfatiza el concepto de red integrada en el caso particular del SNSS. Lo cual atenúa la disyuntiva de elegir entre centralización o

descentralización, también se puede ver que existe una forma de favorecer una competencia para mejorar desempeño (e incentivo para procurar un mayor financiamiento local) entre comunas y centros atomizados que funcionan en un cuasi mercado (a imitación del sector privado). Por ello y como consecuencia predecible, se sigue produciendo una marcada fragmentación y desarticulación de la red asistencial.

Como la modalidad de descentralización del sistema limita aplicar una más eficiente y equitativa distribución de los recursos asistenciales, se sigue provocando una amplia e irreductible inequidad asistencial. Se requiere entonces aplicar un enfoque efectivo de salud pública integral que esté centrado en priorizar acciones y distribuir recursos según necesidades específicas de salud de la población, en cada localidad y grupo de población.

También es necesario que los niveles administrativos nacionales y regionales del SNSS establezcan correctamente y utilicen los mecanismos adecuados para una eficiente y equitativa distribución de financiamiento y otros recursos, considerando las necesidades de cada comuna y nivel de las redes asistenciales de los Servicios de Salud.

En el Reglamento de la Organización de los Servicios de Salud de 1979 y revisado en 2004, destacan los siguientes aspectos relacionados con la red asistencial y centros de nivel primario:

- La red asistencial de cada Servicio de Salud está constituida por el conjunto de establecimientos asistenciales públicos que forman parte del Servicio, incluyendo los establecimientos de nivel primario bajo administración municipal y otros establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud.
- Los centros de la red asistencial deben colaborar y complementarse entre sí para la ejecución de las actividades asistenciales, con el fin de resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población.
- La red asistencial de cada Servicio de Salud debe colaborar y complementarse con las de otros Servicios, así como con otras instituciones

públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de salud de la población.

- En la red de cada Servicio de Salud se organiza un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercen funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo
- Los otros niveles de mayor complejidad sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención (conforme a las normas técnicas del Ministerio de Salud), salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos.
- El Director del Servicio determina para cada entidad administradora de salud primaria municipal y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria.
- Sobre esa base de metas y objetivos de atención definidos por el Director de cada Servicio, se evalúa el desempeño de cada entidad administradora y sus centros asistenciales.
- El Director del Servicio deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutoria del nivel primario de atención.
- Los centros de nivel primario ya sean dependientes directos de los Servicios, están bajo administración municipal o se adscriben al SNNS vía convenios, están supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y son supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.
- Los establecimientos de atención primaria, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestan atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere.
- Los beneficiarios de FONASA deben inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la red asistencial del Servicio de

Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo.

- Cada centro donde se inscriban los beneficiarios para efectos de APS, les prestará las acciones de salud y será responsable de su seguimiento de salud.

La necesidad de procurar eficiencia global de toda la red asistencial incluye la búsqueda de una gestión y producción autónoma adecuada a nivel de cada centro asistencial y municipio, y de un adecuado apoyo mediante un buen sistema de referencia de morbilidad. Redes integradas con objetivos de calidad y eficiencia comunes y compartidas requieren de una adecuada APS.

Conforme al modelo asistencial de una red integrada de servicios de salud, destacan los siguientes aspectos de calidad y condiciones para la eficiencia en APS:

- Que haya coherencia entre planes y programas de salud a nivel regional, municipal y de cada centro asistencial.
- Que los convenios de administración entre Servicios de Salud y Municipios tengan por máximo interés responder a las necesidades de los usuarios en distintos grupos y sectores, lo que se requiere solidaridad e integración de la red asistencial, en torno a eficiencia global y equidad asistencial y de salud.
- Que existan estimaciones más precisas de la población global, beneficiaria y usuaria de la red asistencial a nivel local que cabe cubrir a cada centro de APS, y de la organización de los modos de acceso a APS, a servicios de urgencia y a los niveles más complejos, tanto ambulatorios como hospitalarios.
- Que se asegure que la referencia de pacientes al nivel de resolución adecuado sea articulada por la APS, lo que a su vez permite establecer requerimiento de recursos y servicios que deben proveer los centros de niveles más complejos.
- Que la prestación de servicios especializados ocurra en el nivel y lugar más apropiado de resolución, ya sea ambulatorio u hospitalario
- El adecuado apoyo a APS y a la articulación de la red asistencial en torno a los pacientes

derivados, resguardando el foco de la atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, especialmente en el nivel primario de atención.

- Que el nivel primario tenga además el apoyo suficiente desde otros niveles, para poder ejercer la capacidad resolutoria que le corresponde ejercer (como el caso de capacitación provista por niveles más complejos) y apoyar el seguimiento de pacientes que son devueltos desde niveles más complejos, para seguir bajo atención de APS.

EL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL

En 2012, la autoridad ministerial precisó que El Modelo de Atención Integral en Salud es uno (estándar) para toda la red asistencial y que se encuentra en línea con la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Dicho modelo reconoce como principios irrenunciables, el enfoque de un sistema de salud basado en APS; centrado en las personas, con integralidad de la atención y continuidad del cuidado.” (6)

Ese modelo estipula un Plan de Salud Familiar cuyo conjunto de prestaciones responde a las orientaciones y programáticas vigentes del Ministerio de Salud, así como los objetivos sanitarios del país y los cambios demográficos y epidemiológicos, que representan diversas necesidades de salud de la población. Dicho plan contiene una serie de actividades relacionadas con la salud infantil, adolescente, mujer y adulto; incluye además actividades de salud oral y generales para todos los grupos. También se le ha incorporado las actividades del Programa de Garantías Explícitas de Salud (GES) que corresponde realizar en el nivel primario de atención. (6-8)

El enfoque en salud familiar asume actividades indirectas (desde el individuo, lo que repercute en la familia o desde la comunidad a la familia). Las actividades directas orientadas a la familia cuando hay riesgos de salud o se requieren intervenciones más complejas considerando a la familia como unidad. Destacan las actividades orientadas a las familias en riesgo psicosocial. (6,7)

Las orientaciones ministeriales para la planificación y programación en red, así como la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria se basan en aspectos normativos y decisiones ministeriales centrales, que impartidos en forma vertical desde dicho nivel. Parte importante de la normativa ministerial sobre APS otorga responsabilidades de planificación, gestión y acción a los Servicios de salud y municipios. Sin embargo, la relativa autonomía de la gestión local para poder responder del modo más adecuado y pertinente a las necesidades sanitarias locales, en general resulta acotada en la práctica. (6,7)

El modelo ministerial de APS, plantea una visión normativa con altas exigencias de desempeño programático a los niveles locales, de un modo que en general éstos no pueden cumplir. La normativa del modelo ministerial determina que los equipos de nivel primario deben contar con un diagnóstico de sectores de la población asignada según determinantes sociales y riesgos de salud, con el fin de otorgar una respuesta efectiva a las necesidades y demanda de la población a cargo. Para poder lograr una respuesta efectiva a esas necesidades y al cumplimiento de los múltiples programas de salud y al plan anual que corresponde hacer, los establecimientos de nivel primario en general debieran contar con mayor disponibilidad de recurso. Por ello, se tiende a producir una divergencia entre el modelo normativo óptimo (identificado con Alma-Ata) y las condiciones de recursos y desempeño disponibles y factibles en cada centro asistencial y comunidad. (6,7)

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED

El enfoque Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria se reitera en las “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red”, del año 2020. A su vez, la atención integral de salud es allí definida como “... el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental,

como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración a su medio ambiente físico, social y cultural". (7)

Bajo el liderazgo del gestor de red, los Servicios de Salud analizan y gestionan la totalidad de su oferta institucional y la demanda actualizada, en función de los requerimientos de salud de la población y la presentación del plan anual.

El rol del Servicio de Salud es la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas.

En lo que se refiere a su funcionamiento, los Servicios de Salud se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.

El gestor de la red dispone de distintas instancias para facilitar la articulación de la red asistencial. uno de ellos, es el consejo de integración de la red asistencial (CIRA). Este consejo, está constituido por representantes de establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención y privados, que integren la red asistencial del servicio y presidido por el gestor de red.

CIRA tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud, los hospitales y los establecimientos de Atención Primaria, sean éstos de dependencia del servicio o establecimientos de dependencia municipal. asimismo, le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas que presenten nodos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

Al gestor de red le compete gestionar las medidas necesarias para la referencia, derivación y contra derivación de los usuarios del sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red, a fin de otorgar a la población que lo requiera

continuidad en el cuidado entre los diferentes niveles de atención.

A la entidad administradora municipal le corresponde formular el plan anual de salud comunal. Éste es el programa anual de actividades formulado por la entidad administradora en base a las programaciones de los establecimientos respectivos. Contiene las estrategias de salud a nivel comunal, según el plan de desarrollo comunal y las normas técnicas ministeriales.

Este programa deberá contener a lo menos los siguientes aspectos:

- Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades fijadas por los Servicios de Salud respectivos;
- Diagnóstico comunal participativo de salud actualizado;
- Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente;
- El escenario más probable para la salud comunal en el período a programar;
- Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad y a la intervención e importancia social.
- Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas: acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa, y acciones curativas.
- Indicadores de cumplimiento de metas programadas.

Además, el programa de salud municipal deberá considerar el programa de capacitación del personal, las actividades de educación para la salud, las reuniones técnicas, el trabajo en comunidad, la participación en comisiones

locales y cualquier otra actividad que permita estimar los nuevos requerimientos y realizar las evaluaciones correspondientes.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. (1979) DL 2763. Reorganiza el Ministerio De Salud y crea los Servicios de Salud, El Fondo Nacional de Salud, El Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999>
(Acceso el 31 de julio, 2015)
2. Ley No 19.937 (2004) que modifica el DL 2763 de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.
3. Gattini C., et al. (2014) "Panorama y tendencias de la salud en Chile. Edición 2013". OCHISAP Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile: 2014.
Acceso:
<http://www.ochisap.cl/images/Panorama%20y%20Tendencias%20de%20la%20Salud%20en%20Chile%20Revision%202013.pdf>
4. MINSAL (2012) Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012.
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
5. Ministerio de Salud (2016) "Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Año 2016". Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, 2016.
6. Ministerio de Salud (2017) Orientaciones técnicas y metodológicas Compromisos de Gestión, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Formulación COMGES 2017. Acceso: <https://www.ssmaule.cl/minsal/wp-content/uploads/2015/03/Orientaciones-T%C3%A9cnicas-COMGES-2017.pdf>
7. Ministerio De Salud (2005) Síntesis Ejecutiva. Programa De Reforzamiento De La Atención Primaria De Salud. MINSAL. Agosto de 2005. Acceso: http://www.dipres.gob.cl/597/articles-141040_r_ejecutivo_institucional.pdf

3. LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL DE SALUD

La modalidad de administración municipal de salud tiene estrecha relación con la gestión de centros de nivel primario, pues cubre al 90,5% de ellos. Dicha modalidad surgió de la descentralización del SNSS establecida hace cuatro décadas. Funciona según convenios estipulados entre cada municipio y la Dirección del Servicio de Salud correspondiente.

LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL EN SALUD

El marco normativo e institucional de la administración municipal pone en contexto los objetivos originales, los tipos de centros asistenciales administrados, la disponibilidad y distribución de recurso humano y financiero. Las características normativas específicas más relevantes se desprenden del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal y los convenios tipos que se realizan entre los Servicios de Salud y los municipios. Ello sienta las bases para la organización de la administración municipal, el desempeño de los centros asistenciales, el control y fiscalización a los centros asistenciales, y los mecanismos de financiamiento.

La modalidad de administración municipal en salud se inició en 1981, tres años después de la Declaración de Alma-Ata y dos años después del establecimiento del SNSS, cuando se descentralizó el antiguo SNS a 26 Servicios de Salud (actualmente 29), que heredaron sus funciones en determinadas áreas geográficas que les fueron asignadas. A su vez, el inicio de la administración municipal representó la descentralización de la gestión y desempeño de la APS al nivel local (comunas y centros de nivel primario de atención). Se buscó descentralizar la gestión asistencial al nivel local autónomo, en coherencia con las reformas políticas, económicas y sanitarias de la época. (12-14)

La creación del sistema de administración municipal de APS se estableció en un nivel primario que ya tenía funciones de APS constituidas y organizadas y estaba distribuido en todo el país. Entre los objetivos de esa modalidad de administración, se buscó lograr una autonomía y la responsabilidad asistencial a cargo del gobierno municipal; ello se reforzó con el traspaso de patrimonio de los centros al municipio. (12-14)

En 1995, la APS se fortaleció parcialmente con el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, (Ley 19.378), que norma la administración, régimen de financiamiento y coordinación de la atención primaria de salud. También regula la relación laboral, carrera funcionaria, deberes y derechos del respectivo personal que ejecute acciones de atención primaria de salud. (15)

Los centros asistenciales bajo gestión municipal son administrados en base a convenios entre Servicios de Salud y Municipalidades, y deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido o imparta en la materia el Ministerio de Salud. (16,17)

Según el Reglamento Orgánico de Servicios de Salud (Art 27 y 28) destaca que:

- Los centros de nivel primario dependientes de municipios, de los Servicios de Salud o que tengan convenios con éstos últimos, deberán atender en el territorio asignado, la población a su cargo.
- Estos establecimientos están supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos a los dependientes de los Servicios, y son supervisados y coordinados por el Servicio de Salud respectivo.
- Los establecimientos de nivel primario, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestan atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere.
- Los establecimientos de nivel primario deben cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud en relación con la recolección y tratamiento de datos y los sistemas de información que deberán mantener.
- Los beneficiarios FONASA deben inscribirse en un centro de NPA de la Red Asistencial en que

se encuentre ubicado su domicilio, o bien su lugar de trabajo.

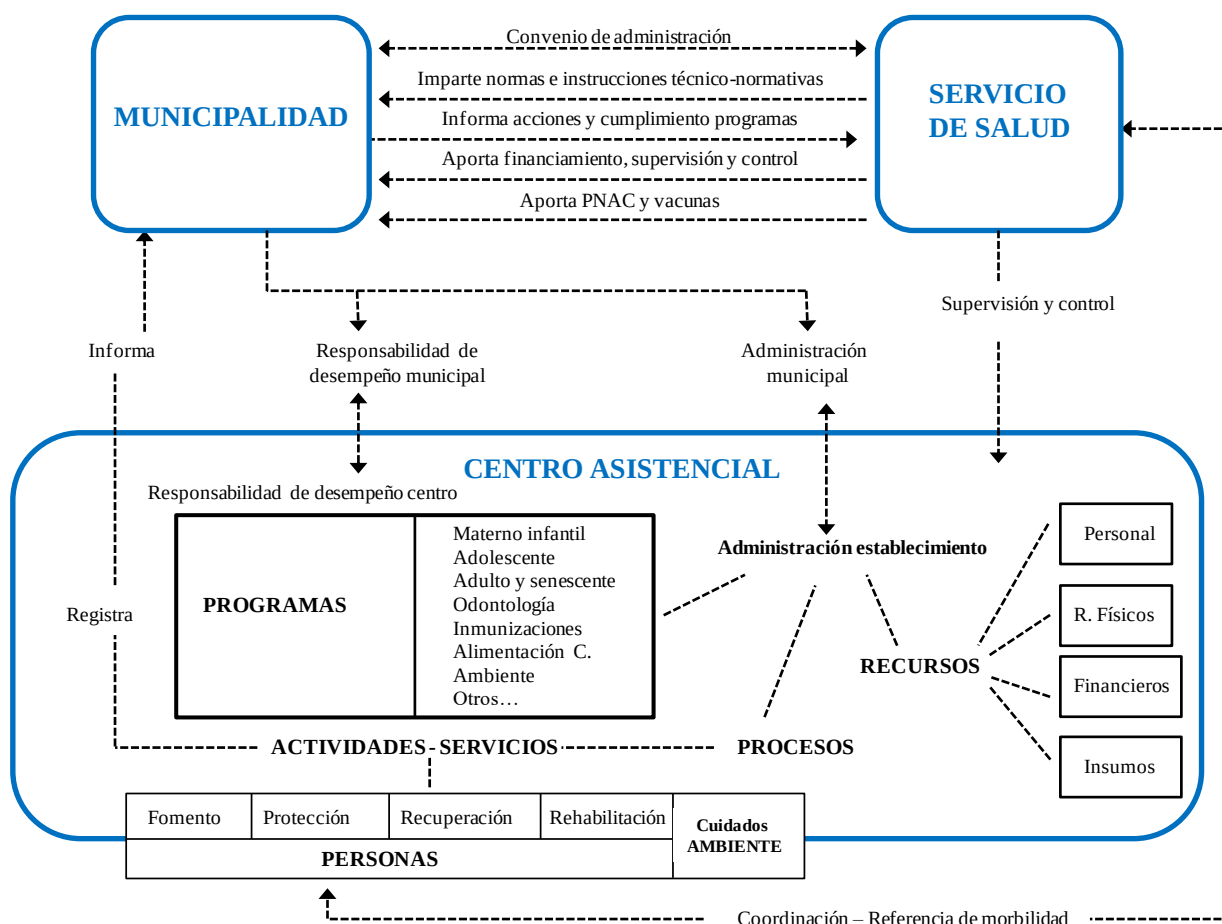
- El centro de NPA en el cual están inscritos los beneficiarios, deben prestar las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y es responsable de su seguimiento de salud.

OBJETIVOS DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL

Su establecimiento persiguió esencialmente seis objetivos:

1. Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas al nivel comunal o local. Con ello se planteaba facilitar una administración descentralizada que atendiera las características y diversidades de cada comuna.
2. Mejorar el control y fiscalización de los establecimientos muy alejados de las jefaturas de las Direcciones de los Servicios de Salud. Con ello se buscaba entre otros, flexibilizar la gestión del recurso humano.
3. Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población.
4. Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura. Ello incluía movilizar recursos municipales.
5. Hacer posible una mayor participación comunitaria en salud, en la base social.
6. Permitir una mayor integración intersectorial, en especial con los sectores más importantes para salud como son educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental, etc. (20-22)

Figura 3.1. Administración municipal de salud según convenios tipo entre Servicio de Salud y municipios



Fuente: Elaboración propia (16,17)

FUNCIONAMIENTO DE LA ADMINISTRACIÓN MUNICIPAL

Los procedimientos técnico-administrativos que le corresponde realizar a la APS municipal, así como de la supervisión formal por parte del Servicio de Salud, incluyen especificaciones respecto a: las condiciones del convenio, definición de beneficiarios, los programas vigentes de salud, la definición de actividades asistenciales, de apoyo diagnóstico, y los aspectos administrativos del funcionamiento.

En virtud de los convenios, el municipio se compromete a cumplir la normativa técnica y ministerial, con autonomía para la gestión del recurso que administra, y someterse a la supervisión técnica del Servicio de Salud. En consecuencia, cada municipalidad se obliga a ejecutar las acciones de salud en atención ambulatoria destinadas al fomento, prevención y recuperación de la salud y a la rehabilitación de las personas enfermas. Igualmente, define las responsabilidades de los Servicios de Salud.

La figura 15.1 sintetiza aspectos relevantes de la responsabilidad y administración de los centros de nivel primario bajo administración municipal. El equipo gerencial, administrativo y técnico de esos centros tiene funciones rutinarias similares al resto de centros del nivel primario del SNSS, y todos ellos (independiente de la modalidad de gestión) están afectos a la supervisión y control técnico de las Direcciones de los Servicios de Salud, según los requerimientos normativos y técnicos del SNSS para el desempeño de la APS.

Los convenios entre los Servicios de Salud y municipios incluyen algunos puntos entre los cuales destacan:

- Inicialmente, los establecimientos del SNSS eran entregados en comodato, pero luego su patrimonio fue transferido a los municipios.
- La municipalidad es responsable de la reparación y mantención de sus establecimientos de APS, con fondos propios. La municipalidad debe usar esos centros, así como los dineros recibidos, exclusivamente para sus actividades de atención según necesidades de salud de la población.

- La municipalidad debe usar esos centros, así como los dineros recibidos, exclusivamente para sus actividades de atención según necesidades de salud de la población.
- Las prestaciones deben ser otorgadas a los beneficiarios legales y convencionales de los Servicios de Salud.
- Dichas acciones deben destinarse al fomento, prevención y recuperación de la salud, así como rehabilitación de las personas enfermas y cuidados del ambiente, según corresponda.
- Los centros deben aplicar las normas, planes y programas de salud que el Ministerio de Salud determina para cumplimiento nacional, como el programa infantil y adolescente, maternal y perinatal y otros. Los insumos para desarrollar esos programas son provistos por la autoridad sanitaria, como es el caso de alimentación complementaria y vacunas.
- La municipalidad debe mantener un arsenal farmacológico para entregar gratuitamente medicamentos a los beneficiarios.
- Los municipios pueden entregar prestaciones a no beneficiarios, siempre que eso no deteriore o posponga la atención de beneficiarios, lo que no puede ser cobrado a los Servicios de Salud.
- El Servicio de Salud puede poner término al convenio cuando hay incumplimiento de las obligaciones asumidas, ya sea por los municipios o las personas jurídicas que administran esos centros.

Cabe también destacar que la función de APS no sólo es ejercida en los consultorios generales y postas rurales, pues también se realiza en hospitales de baja complejidad e incluso en algunos casos, en policlínicos adosados a hospitales de mayor complejidad. Según el Estatuto de Salud Municipal, las entidades administradoras determinan la estructura organizacional de sus establecimientos y de la unidad encargada de salud de la entidad administradora. Los recursos y actividades se estiman según el plan de salud comunal y el modelo de atención de MINSAL.

Si bien la administración municipal depende de la responsabilidad directa de su alcalde, existen

tres tipos de entidades que cumplen las funciones de administración en salud: las corporaciones municipales de salud, los departamentos municipales de salud, y la administración de entidades privadas. La administración de los Departamentos Municipales de Salud es similar a otros departamentos internos del municipio.

A su vez, las Corporaciones Municipales son personas jurídicas de derecho privado sin fines

de lucro, que funcionan bajo la presidencia del alcalde y en su directorio participan concejales. Pueden adquirir, vender, arrendar propiedades y contratar servicios y personas con autonomía. La administración delegada a personas jurídicas de derecho privado (como la Cámara Chilena de la Construcción, Sociedad Nacional de Minería y otros) es similar al contrato y funcionamiento de servicios delegados.

Cuadro 14.1. Aspectos pendientes del cumplimiento de objetivos de la administración municipal

Objetivos de la APS municipal	Aspectos aún pendientes según la situación actual
Descentralizar acciones APS al nivel municipal	APS en comunas y municipios muy diversos Heterogéneas oficinas y entidades administradoras de salud Heterogénea capacidad de gestión municipal Población inscrita solo alcanza a 80% de población comunal Persisten factores de inequidad asistencial y de salud
Mejorar control y fiscalización centros alejados	Distancia geográfica superada por comunicación informática Duplicación de control y evaluación del Servicio de Salud Masivos sistemas de registros y reportes de información Falta de respuesta a brechas detectadas
Adecuar programas de salud a necesidades locales	Recurso local limitado impide mayor adecuación Comunas más pobres tienen menos recursos Heterogeneidad de necesidades internas comunales Prioridad de cobertura pasiva sobre fomento y protección en comunidad
Canalizar fondos municipales	Insuficientes fondos aportados por Servicios de Salud Municipio aporta fondos extras por administrar Mecanismos de ajustes parciales insuficientes Heterogeneidad de financiamiento en municipios
Mayor participación comunitaria	Recursos APS insuficientes para trabajo comunitario Inicio de gestión municipal no democrática Democracia no totalmente consolidada Comunidad no participante en vida pública
Mayor trabajo intersectorial	Integración lograda en aspectos específicos

Las municipalidades pueden establecer convenios entre sí para una administración conjunta. A su vez, los Directores de Servicios de Salud pueden celebrar convenios con los municipios para traspasar personal en comisiones de servicio y otros recursos, así como apoyar la gestión local y promover el establecimiento de sistemas locales de salud.

REFERENCIAS

- Ministerio de Salud. (1979) DL 2763. Reorganiza el Ministerio De Salud y crea los Servicios de Salud, El Fondo Nacional de Salud, El Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Acceso:
- <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999> (Acceso el 31 de julio, 2015)
- MINSAL (2012) Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- Ministerio de Salud (2016) "Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Año 2016".

- Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, 2016.
5. Ley N° 19.966 (2004). Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Acceso:
 6. <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-554.html>Autoridad
 7. Ministerio de Salud (2017) Orientaciones técnicas y metodológicas Compromisos de Gestión, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Formulación COMGES 2017. Acceso:
 8. <https://www.ssmaule.cl/minsal/wp-content/uploads/2015/03/Orientaciones-T%C3%A1cticas-COMGES-2017.pdf>
 9. Ley No. 19.937 (2004) “Modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana”. Acceso: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articulos-553_recurso_1.pdf
 10. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Biblioteca del Congreso Nacional (2008). Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>
 11. Asociación Chilena de Municipalidades (2012). Mecanismos de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal, Marco regulatorio del financiamiento de la salud municipal, Decreto per cápita, cálculo FONASA y ley GES.

4. ORGANIZACIÓN Y FUNCIONES DE LOS CENTROS DE NIVEL PRIMARIO

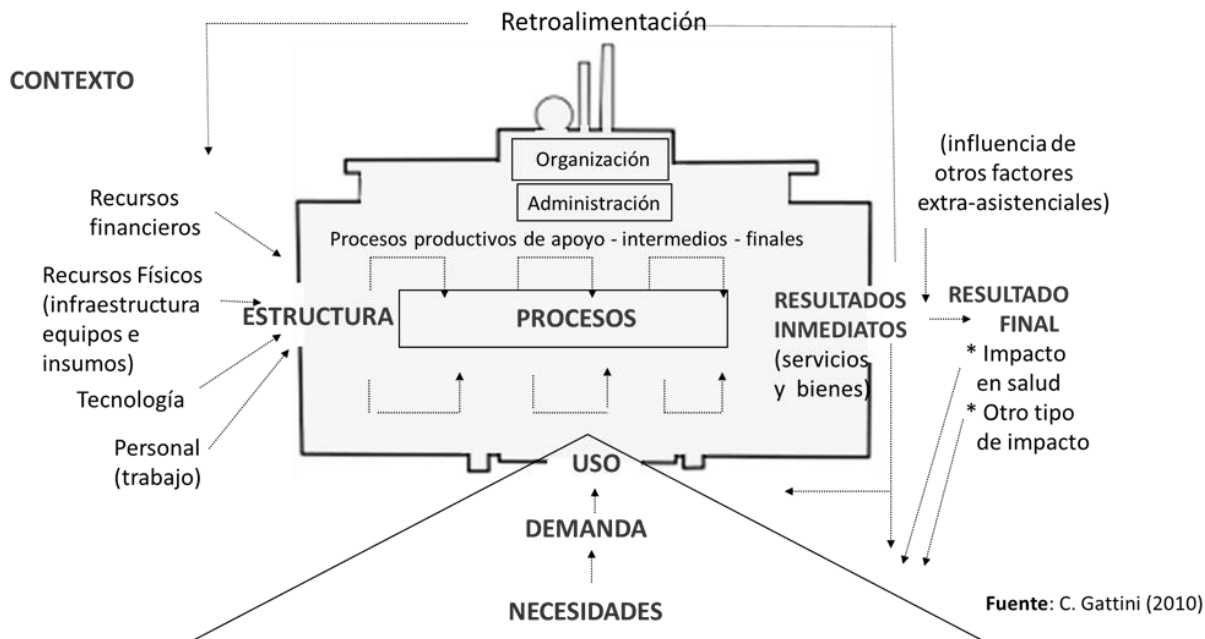
Los centros de nivel primario de atención tienen características estandarizadas para toda la red asistencial de los Servicios de Salud. Sus funciones incluyen la estrategia de atención primaria de salud (APS), incluyendo la aplicación del modelo salud familiar y comunitaria, y tienen activa interacción tanto con otros niveles de la red como con la comunidad.

CARACTERÍSTICAS ORGANIZACIONALES

Los centros asistenciales disponen de una determinada estructura normativa y organización, en que es necesario contar con recursos como la infraestructura, equipamiento,

insumos, recursos humanos y financiamiento. El enfoque sistémico de los servicios de salud proporciona un marco útil para orientar la medición, evaluación y observación integral. Los elementos principales son insumos, procesos y resultados. (figura 4.1)

Figura 4.1. Elementos claves de un centro de salud: estructura, procesos y resultados



Para lograr entregar sus servicios, los establecimientos necesitan de la realización de una serie de procesos productivos internos coordinados, que pueden ser tanto de apoyo a las actividades finales o intermedios, o bien los procesos de entrega de servicios como consultas, controles, intervenciones clínicas y entrega de productos como medicamentos. Desde la perspectiva de salud pública, la provisión de servicios es considerada el resultado inmediato provisto a quienes usan los servicios

El resultado final o impacto (outcome) puede ser logrado posteriormente, con la influencia de otros factores complementarios (personales o del entorno) que contribuyen lograr ese impacto más definitivo.

La retroalimentación es proceso en que se aporta la información a los gerentes (para reiniciar mejor el proceso productivo seguido, en la medida que eso sea necesario), en que se reporta cómo se realizaron los procesos productivos (en aspectos como calidad y eficiencia), los servicios prestados, la satisfacción

de los usuarios y los resultados sanitarios logrados.

Los centros de salud tienen una serie de objetivos, recursos, funciones y resultados que pueden ser objeto de monitoreo y evaluación más específica.

Se otorgan las prestaciones de los programas de salud con la participación de profesionales y personal auxiliar de acuerdo con criterio técnico y normas vigentes al respecto. Estos centros atienden patología simple y derivan a los establecimientos de mayor complejidad del Servicio de Salud aquellos problemas médicos que excedan su nivel de resolución.

Tradicionalmente existen consultorios generales (principalmente en base a medicina general) tanto urbanos como rurales. Sin embargo, el gran cambio de la demografía, acompañado del crecimiento de las ciudades no se ha correspondido con la consiguiente red asistencial, no siendo pertinente a las nuevas demandas poblacionales de atención.

No se ha construido el número suficiente de hospitales para compensar el aumento de la población, por ello, se han desarrollado una serie de centros asistenciales ambulatorios, que no sólo incluyen medicina general y familiar, sino que distintos grados de especialidad. El uso de hospitales de baja complejidad para funciones de APS ratifica la necesidad de adaptar funcionalmente la APS a las crecientes necesidades de la población, con planificación y un desarrollo más dinámico adaptado a cada realidad local.

El enfoque programático de salud del Gobierno de Chile 2014-2018 incluye la atención y prevención de salud como una de sus cinco

prioridades, aunque focalizada en fortalecer la red pública de salud. Con el fin de mejorar dicha atención, se plantea contar con un Plan de Inversiones 2014-2018, aumentar el financiamiento per cápita comunal, aumentar la cantidad de centros de salud, incluyendo 132 Servicios de Atención Primaria de Urgencia de Alta Resolución (SAR), 20 nuevos hospitales y dejar otros 20 en construcción; lograr mayor disponibilidad médica (1.000 médicos en atención primaria y formación y contrato de especialistas) y odontológica. La búsqueda de retención de profesionales incluye incentivos y mejoras de salarios. También se programa lograr un mayor equipamiento con tecnología apropiada.

Con ello, dicho programa se propone fortalecer la atención de nivel primario, con mayores recursos y capacidad resolutive (disminuyendo derivación a niveles más complejos), favorecer el acceso oportuno de la población a una atención de calidad, y aumentar la equidad de acceso a la atención, disminuyendo la brecha entre comunas de distinto nivel socioeconómico.

El SNSS cuenta con una serie de establecimientos de atención ambulatoria en el nivel primario (cuadro 4.1). En los consultorios generales se realiza acciones de salud de atención ambulatoria de las personas y sobre condiciones del ambiente, y tiene por objeto satisfacer las necesidades del nivel primario de atención de la población que se les asigna; cuentan con dotación de profesionales de salud, auxiliares paramédicos, y personal administrativo y de servicios, considerando las necesidades de la demanda que debe cubrir el establecimiento y las distintas actividades asistenciales directas o de apoyo que le compete desarrollar.

Cuadro 4.1. Tipos de centros de nivel primario de atención

Tipo de centro	Características relevantes
Centro de Salud Familiar (CESFAM)	Centros APS con énfasis en salud familiar, con población asignada de 20.000 a 25.000 habitantes
Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF)	Centros de APS con énfasis en aspecto comunitario y población asignada de 3.500 a 5.000 habitantes
Consultorio de Salud Rural (CSR)	Centros APS con población asignada de 2.000 a 5.000 habitantes (máximo 20 mil)
Consultorio de Salud Urbano (CSU)	Centros APS con población asignada de hasta 40.000 habitantes. Pueden estar adosados a hospitales de baja complejidad
Consultorio de Salud Mental (COSAM)	Centros de APS especializados en salud mental, con coberturas de población de alrededor de 50.000 habitantes
Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU)	Establecimientos APS para resolver demanda de urgencia, en general en horario no hábil
Posta Rural (PR)	Establecimientos con auxiliar de salud permanente y cobertura de áreas entre 600 y 1.200 habitantes. Reciben visitas periódicas del equipo de salud del centro APS del cual dependen funcionalmente.
Estación Médico Rural (EMR)	Centros asistenciales basados en espacio físico utilizado provisoriamente, sin personal residente. Recibe visitas periódicas de personal del equipo de salud rural cercano.

Fuente: Reglamento Orgánico del SNSS

FUNCIONES DEL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN

El nivel primario de atención cuenta con una serie de documentos normativos que aportan elementos tendientes a conformar un modelo que permite que todos los centros de dicho nivel tengan un similar desempeño, adaptado a los planes y programas nacionales, regionales y municipales, normas técnicas y programas de salud, así como orientaciones y lineamientos para realizar diagnósticos locales de salud, planes, programas y ejecución cotidiana de actividades, monitoreo y evaluación.

Las funciones que deben cumplir los consultorios generales del SNSS están explicitadas en los artículos 68 y 69 del Reglamento Orgánico de Servicios de Salud original (1979), destacando los siguientes aspectos:

- Realizar acciones de fomento y protección en beneficio de la salud de la población que debe atender.
- Prestar atención profesional de medicina integral.

- Orientar y referir a los pacientes cuando corresponda, a establecimientos de mayor complejidad.
- Otorgar atención de primeros auxilios cuando corresponda y realizar control y seguimiento de enfermos crónicos, cuya atención no precise de la intervención de especialistas.
- Participar en las actividades sobre salud ambiental.
- Participar activamente en los programas intersectoriales que tiendan al desarrollo integrado de la comunidad.

La totalidad de establecimientos ambulatorios que cumplen funciones de APS deben cumplir con las normas, planes y programas que haya impartido en la materia el Ministerio de Salud. Lo que se necesita para este fin, está detalladamente orientado por los requerimientos técnico-administrativos y las normas, planes y programas de salud (a su vez, basados en diagnósticos sanitarios que reflejan necesidades de salud). Las brechas de insuficiencia de recurso y desempeño respecto a lo que se necesita, limitan la posibilidad de promover mejor salud y

prevenir enfermedades, discapacidad e incluso muertes evitables.

También hay prestaciones no contributivas de asistencia médica enfocadas en población vulnerable que son objeto prioritario de algunas políticas de protección social gubernamentales: beneficiarios de subsidios únicos familiares (SUF), pensiones asistenciales de vejez o invalidez (PASIS) y subsidios de cesantía; víctimas de la represión política (PRAIS); discapacitados mentales; migrantes; y población en extrema pobreza. La administración del financiamiento de su aseguramiento recae en el Fondo Nacional de Salud.

De manera complementaria, las contingencias y necesidades en salud derivadas de los accidentes de tránsito están sujetas a un sistema de aseguramiento obligatorio a todos los propietarios de vehículos motorizados del país. Además, se cuenta hay una oferta variada adicional de seguros de salud, complementarios y voluntarios, de administración privada.

También destaca el desarrollo de la Ley de Acceso Universal con Garantías Explícitas y la Ley de Régimen de Garantías Explícitas de Salud (AUGE-GES), que persigue asegurar acceso oportuno a servicios de calidad en una serie de patologías que cubren más del 70% de carga de enfermedad.

PROGRAMACIÓN, EJECUCIÓN Y EVALUACIÓN LOCAL

El Modelo de Atención Integral estipula un Plan de Salud Familiar, de aplicación esencial en el nivel primario de atención, cuyo conjunto de prestaciones responde a las orientaciones y programáticas vigentes del Ministerio de Salud. Dicho plan se ha adaptado según los objetivos sanitarios del país y los cambios demográficos y epidemiológicos. El plan asume que las acciones se han incorporado según nuevos protocolos y necesidades de salud de la población.

Dicho plan contiene una serie de actividades relacionadas con la salud infantil, adolescente, mujer y adulto; incluye además actividades de salud oral y generales para todos los grupos.

También se le han incorporado las actividades del programa de garantías Explícitas (GES) que corresponde realizar en el nivel primario de atención.

El enfoque en salud familiar asume actividades indirectas (desde el individuo que repercute en la familia o desde la comunidad a la familia). Las actividades directas orientadas a la familia cuando hay riesgos de salud o se requieren intervenciones más complejas considerando a la familia como unidad. Destacan las actividades orientadas a las familias en riesgo psicosocial.

El Modelo de Atención Integral estipula un Plan de Salud Familiar, cuyo conjunto de prestaciones responde a las orientaciones y programáticas vigentes del ministerio de salud. Dicho plan se ha adaptado según los objetivos sanitarios del país y los cambios demográficos y epidemiológicos. El plan asume que las acciones se han incorporado según nuevos protocolos y necesidades de salud de la población.

Dicho plan contiene una serie de actividades relacionadas con la salud infantil, adolescente, mujer y adulto; incluye además actividades de salud oral y generales para todos los grupos.

También se le han incorporado las actividades del programa de garantías Explícitas (GES) que corresponde realizar en el nivel primario de atención.

El enfoque en salud familiar asume actividades indirectas (desde el individuo que repercute en la familia o desde la comunidad a la familia). Las actividades directas orientadas a la familia cuando hay riesgos de salud o se requieren intervenciones más complejas considerando a la familia como unidad. Destacan las actividades orientadas a las familias en riesgo psicosocial.

La atención de salud organizada en el SNSS incluye la formulación de una serie de programas de salud, que, si bien se realizan en los distintos niveles de complejidad, una parte importante de su aplicación se realiza en el nivel primario de atención. Destacan:

- Programa Nacional de Alimentación Complementaria (niños, gestantes y adultos mayores).

- Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI).
 - Programas Básicos de Salud de las Personas.
 - Subsidios de Enfermedad y Medicina Curativa.
 - Subsidios de Reposo Maternal y Cuidado del Niño.
 - Programa de Salud del Niño, de la Mujer, del Adolescente, Salud Cardiovascular y del Adulto Mayor.
 - Programa de Gestión de Garantías Explícitas de Salud (GES).
 - Programa Oportunidades de Atención y Reducción de Listas de Espera.
 - Programa Prestaciones Complejas.
 - Reforzamiento de Urgencia y Unidades Críticas.
 - Programa Salud Mental.
 - Programa de Enfermedades de Transmisión Sexual.
 - Programas de Prevención del SIDA.
 - Programas de Participación y Prevención de Salud.
 - Programa Nacional de Cáncer Cervicouterino y de mamas.
 - Salud Odontológica.
 - Salud de los pueblos indígenas.
 - Seguro Catastrófico (SC).
 - Seguro Escolar de Accidentes.
 - Programa Control de Emisión de Fuentes Fijas.
 - Salud Ambiental.
 - Inocuidad alimentaria.
- El Plan de Salud Familiar de estipula una cartera de 103 prestaciones para los establecimientos de nivel primaria, que se concentran en los siguientes programas:
- Programa de Salud del Niño
 - Programa de Salud del Adolescente
 - Programa de Salud de la Mujer
 - Programa de Salud del Adulto
 - Programa de Salud del Adulto Mayor
 - Programa de Salud Oral
 - Actividades con Garantías Explícitas en Salud asociadas a Programas
 - Actividades generales asociadas a todos los Programas
 - Exámenes de Laboratorio básico en APS

Cuadro 4.2 Personal asistencial y actividades del Plan de Salud Familiar y de la Comunidad

Médico	Enfermera	Matrona	Nutricionista
Morbilidad Control niño sano Ingreso crónico Control salud mental Control cardiovascular Consulta abreviada	EFAM Control cardiovascular Evaluación pie diabético Control niño sano Curación avanzada Inicio de insulina Desarrollo psicomotor Agudeza visual	Ingreso control prenatal Control puerperio Control prenatal Otras consultas maternas Consejería VIH Consulta abreviada	Ingreso malnutrición Ingreso nutricional Control niño sano Lactancia materna Consulta nutricional
Odontólogo	Psicólogo	Trabajador Social	TENS
Consulta odontológica Control odontológico Urgencia odontológica	Ingreso salud mental Consulta salud mental Selector de la demanda	Consulta social Selector de la demanda Ficha CLAP	Control niño sano Curación simple Electrocardiograma

PROGRAMA DE REFORZAMIENTO DE APS (PRAPS)

El Programa de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) surge en 1990 como iniciativa del MINSAL, con el objetivo de fortalecer algunos problemas de acceso, capacidad resolutoria y cobertura asistencial de la APS (4).

Se constituye en convenios firmados entre los Servicios de Salud y los administradores municipales, en los que se compromete la transferencia de fondos para la realización de actividades no comprendidas en el Plan de Salud de la APS ni financiadas vía per cápita.

Las orientaciones técnicas de cada PRAPS instruyen a los administradores sobre las acciones a realizar en plazos comprometidos y sus estándares de calidad.

El monitoreo de estos es fragmentado, reportándose algunas de las actividades en los REM, otras en sistemas de registro específicos (Plataforma Chile Crece Contigo) y la rendición de los montos asignados mediante la Plataforma de rendición de cuentas SISCOT.

El no cumplimiento de algún PRAPS exige la reliquidación de las transferencias pactadas.

Entre los convenios estipulados en el PRAPS, destacan:

- Programa de Resolutividad en Atención Primaria
- Programa de Exámenes de Laboratorio
- Programa de Resolución de Especialidades Ambulatorias
- Procedimientos Cutáneos Quirúrgicos de Baja Complejidad
- Atención Domiciliaria Integral
- Imágenes Diagnósticas
- Programa Odontológico para Personas de Escasos Recursos, Odontológico Integral, GES Odontológico, Sembrando Sonrisas
- Programa SAPU
- Programa Fondo de Farmacia

- Programa Vida Sana
- Programa de Espacios
- Programa Mantenimiento e infraestructura
- Programa MAIS
- Programa apoyo al desarrollo Biopsicosocial
- Programa Más Adultos Mayores Autovalentes

COBERTURA DE LA POBLACIÓN ASIGNADA

La responsabilidad de acción un Servicio de Salud recae sobre una determinada población objetivo en un área geográfica que le ha sido asignada, en donde debe configurarse y funcionar la red asistencial.

El nivel primer de atención (con funciones de APS) debe cubrir las comunidades residentes en las diversas comunas que se encuentran en el área geográfica asignada. Sin embargo, la población de esas comunas tiende a tener diversas condiciones socioeconómicas y sanitarias, grado de urbano ruralidad y aislamiento de ciudades más grandes, con más recursos. Al mismo tiempo, tiende a ocurrir una situación inversa entre las necesidades sanitarias de la población y el recurso asistencial disponible en las diversas comunas (ley de cuidado inverso de la salud). Ello es aminorado por el rol equitativo del sistema público de salud, que busca llegar a todos los lugares de población, aunque sea con centros ambulatorios de nivel primario de atención.

La administración municipal ha transformado que los centros de NPA sean entidades autónomas no integradas entre las diversas comunas. Las comunas de población de mayores recursos y nivel socioeconómico tienden a tener municipios de mayores recursos financieros y de nivel primario.

Dada esta situación y el riesgo de inequidad asistencial incluida por la fragmentación de la APS según diversas entidades autónomas, es preciso resguardar y monitorear que esa situación no provoque y mantenga una inequidad sanitaria evitable, a través de la necesaria integración horizontal del nivel primario de atención.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. (1979) DL 2763. Reorganiza el Ministerio De Salud y crea los Servicios de Salud, El Fondo Nacional de Salud, El Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Acceso:
2. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999> (Acceso el 31 de julio, 2015)
3. MINSAL (2012) Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
4. Ministerio de Salud (2016) "Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Año 2016". Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, 2016.
5. Ley No. 19.966 (2004). Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Acceso:
6. <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-554.html>Autoridad
7. Ministerio de Salud (2017) Orientaciones técnicas y metodológicas Compromisos de Gestión, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Formulación COMGES 2017. Acceso:
8. <https://www.ssmaule.cl/minsal/wp-content/uploads/2015/03/Orientaciones-T%C3%A9cnicas-COMGES-2017.pdf>
9. Ley No. 19.937 (2004) "Modifica el D.L. 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana". Acceso: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articulos-553_recurso_1.pdf
10. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Biblioteca del Congreso Nacional (2008). Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>
11. Asociación Chilena de Municipalidades (2012). Mecanismos de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal, Marco regulatorio del financiamiento de la salud municipal, Decreto per cápita, cálculo FONASA y ley GES.
12. http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2012/CURSO_MARCO_JURIDICO_EN_QUE_SE_DESENVUELVE_LA_APS/PPT07.pdf
13. Biblioteca del Congreso Nacional (2010), Guía legal sobre el Plan GES
14. Gobierno de Chile (2011) "Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020", <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c4034edd96ca6de0400101640159b8.pdf>

5. LA GESTIÓN EN CENTROS DE NIVEL PRIMARIO

Los centros de salud de nivel primario y hospitales de baja complejidad forman parte de la red asistencial de los Servicios de Salud. Principalmente ejercen funciones ambulatorias relacionadas con la estrategia de atención primaria de salud, incluyendo funciones de salud familiar y comunitaria, con programas técnicos y proyectos de salud de nivel nacional. La mayoría de los centros se encuentran bajo modalidad de administración municipal

DIRECCIÓN DE LOS CENTROS DE NIVEL PRIMARIO

Las funciones que corresponde desempeñar en la dirección de centros de este nivel están establecidas en el Reglamento Orgánico del SNSS. La gestión en centros de nivel primario es la función que provee liderazgo y dirección en aquellos centros que proveen servicios asistenciales de ese nivel, tanto a nivel global como incluyendo las divisiones o departamentos al interior de esos centros (como servicios clínicos, farmacia, laboratorio, oficinas administrativas), tanto a nivel hospitalario como ambulatorio. Su principal acción consiste en la toma informada de decisiones, en múltiples tareas relacionadas con la estructura y desempeño de los establecimientos.

Los gerentes proveen liderazgo, supervisión y coordinación al personal en centros que, aunque puedan tener relativa baja complejidad tecnológica, su coordinación y diversos procesos son complejos y dinámicos, y sus actividades finales provistas a los usuarios tienen una crucial importancia en la salud de las personas; ello incluso reviste serias responsabilidades legales. Por cada servicio individual provisto a los pacientes (que requiere ser hecho con la mejor calidad y efectividad posible), se requiere una cadena productiva de apoyo y del funcionamiento de un equipo de personal multidisciplinario muy coordinado; esto incluye personal específicamente capacitado en labores diagnósticas y terapéuticas, así como personal de apoyo administrativo y técnico de apoyo a esas funciones.

Se necesita que los gerentes contribuyan a asegurar que las funciones institucionales sean llevadas del mejor modo posible y con la mejor eficiencia y calidad, para lograr los objetivos institucionales que se han establecido. Para ello, corresponde asegurar que el recurso necesario,

especialmente humano y financiero, sea adecuado y su desempeño sea del modo más adecuado posible para apoyar el funcionamiento institucional. Los gerentes son asignados en cargos de autoridad que les permite gestionar al recurso humano, en tareas como reclutamiento y desarrollo del personal, a la obtención y uso de estructuras, equipamiento y tecnologías, y el adecuado manejo financiero.

Si bien el gerente tiene mayor control sobre las tareas rutinarias del desempeño institucional interno, también tiene tareas relacionados con el ambiente externo al establecimiento de salud, en especial aquellas relacionadas con otros niveles de decisión de la red asistencial de servicios y de gobierno, y en el nivel local con la comunidad, otros sectores sociales (como educación) y entidades con las cuales tiene relación comercial, de aseguramiento en salud, y otras funciones contractuales. Ello también incluye la interacción con otros centros similares fuera del SNSS, así como con universidades y otros centros y entidades como los organismos no gubernamentales con los cuales el centro tiene una relación en red (como docencia, apoyo al desarrollo social, promoción en salud y desarrollo, etc.).

En los servicios organizados en red y al interior de establecimientos, las funciones gerenciales son desempeñadas en distintos puestos y niveles administrativos y de decisión. En la jerarquía institucional (reflejada por organigramas) se puede reflejar la delegación de autoridad y responsabilidad subordinada de gestión. Ello representa una línea de gestión, en que el gerente superior supervisa a otros gerentes bajo su dependencia. Un gerente delega algunas tareas a otros miembros del personal y apoya y los entrena para lograr los resultados deseados. Los gerentes usan reuniones de equipo y personal y otras formas de comunicación para comunicar

los mensajes apropiados al personal sobre lo que se logrará y cómo.

Los gerentes de menor nivel tienen menos autoridad, pero en general enfrentan muchos aspectos detallados del funcionamiento institucional, que deben abordar con gran responsabilidad rutinaria.

Ciertos roles y responsabilidades que los gerentes generales manejan dependen del tipo y cobertura de los servicios que se proveen, con el manejo de recursos (personal, presupuestos, medicamentos y suministros, equipos, edificios y otros infraestructura e información) disponible para su uso y de interacción con diversas personas, como es el caso de pacientes, socios, proveedores y personal. Los gerentes deben idear e implementar estrategias, hacer planes y presupuestos, buscar recursos, implementar, monitorear y evaluar los planes, aprender lecciones y luego diseñar nuevos planes.

La gestión de los centros de nivel primario de atención combina características generales de gestión con la adaptación a las características específicas de organización y funcionamiento de este tipo de centros. El equipo asistencial requiere un trabajo integrado y complementario, donde los profesionales de salud tienden a asumir funciones clínicas, programáticas, administrativas y de liderazgo de equipo y con la comunidad.

A pesar de las distintas denominaciones y énfasis de los distintos tipos de centros de nivel primario, su gestión más utilizada, es la que corresponde a un “consultorio general”. El principal responsable de la gestión técnico-administrativa de estos establecimientos asistenciales es el director del consultorio general. De acuerdo con el artículo 70 del referido reglamento, destacan una serie de funciones que deben ser desempeñadas por el director.

De acuerdo con el Reglamento Orgánico del SNSS, entre las principales funciones a desempeñar por la dirección de consultorios destacan:

- Programar, dirigir, coordinar y supervisar todas las actividades del establecimiento;

- Controlar y evaluar las acciones realizadas en cumplimiento de los programas de salud;
- Determinar y coordinar las acciones de salud que debe ejecutar el Consultorio, en relación con programas intersectoriales de desarrollo integral de la comunidad;
- Programar y realizar reuniones clínicas, de auditoría y de otra índole con el equipo de salud del establecimiento;
- Estudiar y comunicar a la Dirección de Atención Primaria (Municipalidad) las necesidades de recursos humanos y materiales del consultorio;
- Informar periódicamente al Director de Atención Primaria (Municipalidad) de la ejecución de las acciones de salud; al personal del Consultorio, de las normas, directivas e instrucciones que debe conocer, y a la comunidad, de los programas que deben implementarse;
- Colaborar en el adiestramiento del personal y velar por su bienestar;
- Velar por la óptima utilización de los recursos humanos y materiales del Consultorio;
- Desempeñar las demás funciones y tareas que pueda delegar la Dirección del Servicio o encomendarle el Director de Atención Primaria o del departamento o entidad municipal administradora.

La responsabilidad más específica de administración y las funciones esperadas en los establecimientos traspasados a la administración municipal, se encuentra claramente definida en una serie de documentos entre los cuales se encuentran los convenios tipo estipulados entre las Municipalidades y los Servicios de Salud, el Manual para los Establecimientos traspasados a la Administración Municipal y el Estatuto de Atención Primaria de Salud.

La responsabilidad de gestión de postas rurales depende del director del establecimiento del cual depende funcionalmente dicha posta rural.

TIPOS ESPECÍFICOS DE GESTIÓN

En los centros de salud, destacan los siguientes tipos de gestión según área de aplicación:

- Gestión directiva o globales la que ejerce la dirección del centro, en conformidad con el rol y responsabilidad de su cargo.
- Gestión clínica (global o de diversos servicios o unidades clínicas o de apoyo diagnóstico y terapéutico).
- Gestión de procesos estratégicos, claves u operativos, y de apoyo.
- Gestión de calidad (global o específica de los distintos programas o componentes del servicio de salud).
- Gestión de recursos: incluye la gestión de personal, financiera, de infraestructura, insumos (como abastecimiento global, insumos de laboratorio o medicamentos), equipamiento y tecnología.
- Gestión del desempeño (funcionamiento del conjunto integrado de procesos esperados, cumplimiento de normas, programas, procedimientos y resultados establecidos).
- Gestión de resultados (ya sean inmediatos o de largo plazo o impacto, directos de salud u otros colaterales o externalidades).
- Gestión de unidades administrativas o clínicas específicas de los centros asistenciales, que funcionan según delegación de funciones y organigrama del centro.
- Gestión de la demanda y sistema de referencia
- Gestión de la información, control y evaluación
- Gestión de proyectos, planes y programas específicos.

La gestión puede ser aplicada a los proyectos que se realizan (que tienen objetivos, duración y resultados específicos planeados); planes y programas que corresponde cumplir en un determinado período (como los planes y programas anuales que debe cumplir cada establecimiento); y la operación o funcionamiento rutinario de los centros asistenciales.

En la modalidad de gestión operativa – aplicada al funcionamiento institucional rutinario – los

recursos se asignan principalmente para asegurar una adecuada y eficiente producción rutinaria de bienes o servicios. El tipo y cantidad de recurso necesario (físico, humano y financiero), en general se encuentra estandarizado por normas y guías técnicas y administrativas, aunque su disponibilidad real depende de las condiciones locales de obtener. En general, existen condiciones normativas nacionales para el recurso humano (como contratos, salarios, derechos y responsabilidades, etc.).

En la modalidad de gestión de proyectos el principal criterio de asignación de recursos es aquel estimado para el logro de los resultados propuestos en el período establecido en el proyecto. La gestión se facilita cuando se ha determinado el producto final a lograr, el período de logro y los recursos que serán necesarios para cumplir las actividades del proyecto.

En la modalidad de gestión por programa se encuentra una combinación de las modalidades de gestión operativa y por proyecto. Hay aspectos rutinarios que pueden usar el tipo de gestión operativa, mientras que hay aspectos similares a proyectos internos, en que se usa la modalidad de gestión por proyectos. El desafío es que todos los aspectos del programa deben ser adecuada y oportunamente coordinados y articulados bajo una gestión común.

Cabe además destacar que los consultorios adosados a hospitales de baja complejidad cumplen funciones similares a un consultorio general, con la salvedad que la gestión depende del director del hospital y que el recurso y funciones comparte la atención intrahospitalaria y la ambulatoria del consultorio adosado.

La gestión del componente de atención intrahospitalaria en hospitales de baja complejidad agrega la dimensión del manejo del desempeño del cuidado continuo de pacientes internados. Agrega el manejo de camas, y del personal de atención y cuidados que labora en turnos que permitan dar una atención interna continua. Dada su baja complejidad, este tipo de hospitales basan su complejidad resolutive en la medicina general y en general se hospitalizan pacientes que no requieren de tratamiento de especialidad (o bien están en espera de traslado,

o en tratamiento paliativo de casos) y que concentran patologías en que la medicina general puede resolver con tratamientos relativamente simples. Dado que los hospitales de baja complejidad pertenecen a los Servicios de Salud, sus consultorios adosados no están bajo la administración municipal.

PROCESOS GERENCIALES

Entre las funciones más frecuentes que se identifican respecto a la gestión, destacan: la planificación, organización, manejo de recurso humano, control, dirección y toma de decisiones.

- **Planificación.** El gerente establece la dirección y determina lo que se requiere ser cumplido. Destaca la planificación estratégica, en que se establecen prioridades, recursos y actividades que serán necesarias para el logro de objetivos
- **Organización.** Esta función se refiere al diseño organizacional, incluyendo la división de trabajo con las posiciones e interacción del personal involucrado, con las tareas y responsabilidades asignadas a cada cargo, delegación de autoridad en cada nivel.
- **Manejo de recurso humano.** El gerente está a cargo de la adquisición, manejo y retención del personal necesario, lo que incluye una serie de aspectos normativos, y enfoque estratégico y táctico de la gestión de personal.
- **Control.** Esta función se refiere al monitoreo y evaluación del personal en torno a la buena práctica y desempeño esperado para cumplir con los objetivos institucionales. Ello es un instrumento que apoya la oportuna y efectiva toma de decisiones tendiente a asegurar que el desempeño y obtención de resultados está siendo adecuada, o en su defecto para adoptar las medidas de corrección que permitan lograr el desempeño esperado.
- **Dirección.** Es la tarea tanto formal como informal, en que el gerente ejerce acciones de liderazgo, comunicación, motivación y control con el personal subordinado.
- **Toma de decisiones.** Esta es la función gerencial crucial, ya que las múltiples decisiones que surgen tanto ante situaciones previstas como imprevistas son tomadas con la mejor

información posible considerando el probable mejor resultado posible, entre las diversas alternativas que se han considerado antes de esa decisión.

Una de las funciones del gerente es contribuir a mantener y mejorar la cultura organizacional. Ésta es entendida como el conjunto predominante de características, personalidad y experiencias compartidas en la vida organizacional, compartiendo conocimientos, creencias, actitudes y conductas prevalentes. Ello influencia el modo como se hacen las cosas. La cultura a su vez refleja los valores, misión y visión de la institución. Este complejo aspecto institucional requiere ser adecuadamente considerado por los gerentes, cuyo rol puede incluir el liderazgo para funcionar bajo esa cultura, e incluso realizar algunos cambios en dicha cultura.

Los valores son los principios en los que la institución cree y que sirven para orientar el comportamiento rutinario de acuerdo con ellos, para contribuir a los objetivos institucionales. El cumplimiento según valores puede ser apoyado por marcos institucionales como los estándares de conducta, que todos los empleados deben seguir. Cabe destacar que los gerentes deben ser un ejemplo en desempeñarse en coherencia con los valores institucionales y estándares de conducta.

La gestión tiene un particular foco en la dirección y manejo del personal, que es el componente esencial para lograr el desempeño concreto y efectivo de las funciones de cada centro. Implica aplicar conocimientos, experiencias y habilidades de liderazgo, comunicación, manejo cultural, negociación, motivación, prevención y resolución de eventuales conflictos. También incluye la comunicación e interacción tanto con las autoridades superiores como con los usuarios y la población o comunidad a cargo. La gestión de personal aborda la complejidad del desafío de buscar realizar acciones con calidad, eficacia y eficiencia, conforme a lo planeado cumplir y los objetivos institucionales.

En la gestión destaca el proceso de toma de decisiones, que incluye el prevenir y enfrentar

problemas que puedan surgir en el desempeño institucional, para lo cual se requiere capacidad y adecuada información. Ello permite conocer bien el problema y las alternativas posibles de solución. La necesidad de contar con información está presente en todos los pasos del proceso de toma de decisiones. Tanto el trabajo en equipo como el aporte de los procesos de monitoreo y evaluación contribuyen a que la toma de decisiones sea más adecuada y efectiva.

El monitoreo y la evaluación (que contribuyen al control) son instrumentos informativos al servicio de la gestión. Facilitan conocer las brechas o diferencias entre lo esperado y observado respecto a los objetivos, así como las necesidades y motivaciones del personal que influyen en el desempeño individual y colectivo; de este modo, contribuyen a orientar para que la toma de decisiones sea lo más objetiva y adecuada posible. La información y el conocimiento son importantes, porque la toma de decisiones debe enfrentar escenarios inciertos y elegir una determinada opción entre diversas alternativas queda bajo la discreción del gerente (finalmente el gerente es quien adopta opciones personales, entre las diversas alternativas posibles).

Cabe destacar que existe una superposición de definiciones y conceptos entre administración, gestión y dirección. El término de “gestión” utilizado en este texto se refiere más bien al significado del término *management* en inglés (con alguna superposición y diferencias respecto al concepto de administración).

La organización de un centro asistencial del sistema público, ya sea ambulatorio u hospitalario, y que pertenece a un servicio público de salud organizado en red, se enmarca en una serie de factores que incluye el marco legal y normativo, los recursos humanos, físicos y financieros que dispone, los procesos que realiza, los resultados de provisión de bienes y servicios, y el objetivo que debe cumplir respecto a las necesidades de salud y atención de salud de quienes utilizan sus servicios, procedentes de una población asignada a cargo.

En el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud, la programación general se

realiza en consecuencia con la formulación de las grandes políticas nacionales de salud, que sientan los principios y prioridades para la formulación de planes a mediano y largo plazo, en un contexto de principios y prioridades globales del Estado en general y del sector social, más específicamente.

GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA APS

El rol del gerente y el equipo salud de los centros de NPA respecto a otros sectores del quehacer nacional en torno a la salud, y con los distintos actores de la comunidad, es un aspecto crucial para la promoción en salud y para apoyar el avance conjunto de salud y desarrollo en los distintos grupos de la población.

La función gerencial, especialmente en el rol de liderazgo, incluye a la abogacía por la salud, que es una combinación de acciones individuales y sociales destinadas a conseguir compromisos políticos, apoyo para las políticas de salud, aceptación social y apoyo de los sistemas para un determinado objetivo o programa de salud.

La acción comunitaria para la salud se refiere a los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud y en consecuencia para mejorar la salud. También está en línea con la estrategia internacional de atención primaria de salud, que da importancia esencial al trabajo extramural (fuera de los establecimientos asistenciales y en contacto directo con personas de la comunidad).

El trabajo con la comunidad exige además particulares competencias de liderazgo relacionadas con la comunicación efectiva, el adecuado relacionamiento social y manejo efectivo en el mosaico cultural existente entre los diferentes miembros de la comunidad. También es importante el uso de la educación sanitaria (en forma presencial o ‘por medios virtuales) y las estrategias basadas en la mercadotecnia (marketing) social.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud. (1979) DL 2763. Reorganiza el Ministerio De Salud y crea los Servicios de Salud, El Fondo Nacional de Salud, El Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Acceso:

2. <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999> (Acceso el 31 de julio, 2015)
3. MINSAL (2012) Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
4. Ministerio de Salud (2016) "Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Año 2016". Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, 2016.
5. Ley 19.966 (2004). Establece un Régimen de Garantías Explícitas en Salud. Acceso:
6. <http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/w3-article-554.html>Autoridad
7. Ministerio de Salud (2017) Orientaciones técnicas y metodológicas Compromisos de Gestión, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Formulación COMGES 2017. Acceso:
8. <https://www.ssmaule.cl/minsal/wp-content/uploads/2015/03/Orientaciones-T%C3%A9cnicas-COMGES-2017.pdf>
9. Ley No. 19.937 (2004) "Modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana". Acceso: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articulos-553_recurso_1.pdf
10. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Biblioteca del Congreso Nacional (2008). Disponible en: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>
11. Asociación Chilena de Municipalidades (2012). Mecanismos de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal, Marco regulatorio del financiamiento de la salud municipal, Decreto per cápita, cálculo FONASA y ley GES.
12. http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2012/CURSO_MARCO_JURIDICO_EN_QUE_SE_DESENVUELVE_LA_APS/PPT07.pdf
13. Biblioteca del Congreso Nacional (2010), Guía legal sobre el Plan GES
14. Gobierno de Chile (2011) "Estrategia Nacional de Salud Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020", <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/c4034edd-bc96ca6de0400101640159b8.pdf>

6. GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN LOCAL

La gestión y el sistema de información local están en línea con el sistema nacional de salud, bajo la rectoría y coordinación del Ministerio de Salud. La gestión del sistema local de información requiere contar con capacidad y tecnología apropiada de procesamiento y difusión, los centros tienen el requerimiento de reportar una serie de indicadores de actividad de la APS, y es esencial que la información producida a nivel local sea principalmente utilizada para la gestión en el propio nivel local.

INFORMACIÓN PARA LA GESTIÓN

Desde la perspectiva de la gestión global de los centros de APS, la información es un insumo esencial para la toma de decisiones y la acción, con un amplio uso potencial para apoyar todos los aspectos de la acción de salud, tales como son la planificación, toma de decisiones, operación, vigilancia, monitoreo, evaluación e investigación.

Para asegurar mayor utilidad, la producción de información apropiada debe estar principalmente centrada en las necesidades de los usuarios de dicha información (especialmente quienes toman decisiones); ser aceptable para aquellos que participan (productores y usuarios de información); ser estandarizada, para permitir consolidación y comparaciones; y contar con el apoyo concreto de las autoridades nacionales de salud y políticas.

Nuevas y mayores demandas de información surgen continuamente desde quienes la necesitan y usan para las tareas de gestión. Los servicios de salud tienden a aumentar en complejidad y dinamismo, los sistemas de salud evolucionan bajo las reformas, la información es cada vez más usada en el nivel local donde se recopilan los datos, y hay mayor necesidad periódica de rendición de cuentas de la gestión.

En vista de que la necesidad de información sobrepasa la que es posible producir, es necesario priorizar la producción de aquella información que es más relevante, exacta, significativa, factible y útil para apoyar la gestión y acción sanitaria.

El diagnóstico, análisis y evaluación que se puede hacer a nivel local, en base a la información y conocimiento disponibles, incluye aspectos estadísticos, cuantitativos, textuales, contextuales, multidisciplinarios y de interpretación en contexto, que permiten

describir una situación en forma plausible y coherente, sus causas, proyectar tendencias y escenarios y plantear alternativas de futura acción.

GESTIÓN DE LA INFORMACIÓN LOCAL

La gestión de la información en los centros asistenciales es la dirección y manejo del conjunto de recursos y procesos de recolección, producción, difusión y uso de la información, así como su comunicación hacia otros niveles asistenciales y administrativos. Para esos procesos, se necesita que haya un manejo organizado y eficiente del personal relacionado con la producción y uso de información y del recurso financiero y físico que se requiere, incluyendo la plataforma informática (los equipos, insumos y programas computacionales).

Aunque se pueda usar una tecnología informática relativamente más simple en los centros de APS (de mayor facilidad de uso comprensivo o amigable para el personal no profesional de la informática), los procesos de producción de información local resultan bastante voluminosos, complejos y requieren exactitud y oportunidad de producción. Eso requiere de personal capacitado en información y estadísticas, y delegación de funciones en jefes de unidades estadísticas, información o informática.

Se necesita que los gerentes contribuyan a asegurar que las funciones de procesamiento y uso de la información sean realizadas del mejor modo posible y con la mejor eficiencia y calidad, para lograr los objetivos institucionales que se han establecido. Para ello, corresponde asegurar que el recurso necesario, especialmente humano y financiero, sea adecuado y su desempeño sea del modo más adecuado posible para apoyar el funcionamiento institucional. Para ello, es

importante tener en cuenta algunos aspectos relacionados con los contenidos, producción y uso de la información local:

- El principal usuario de la información existente y producida a nivel local es el personal del propio centro asistencial, especialmente sus directivos, ya que debiera ser un esencial insumo de apoyo a la gestión y desempeño local.
- Los contenidos producidos deben ser útiles, correctos, actualizados, y sólo aquellos que sean exclusivamente necesarios para su uso cotidiano, periódico o bien potencial (en caso de que se requiera una evaluación exhaustiva ocasional).
- Los sistemas de información pueden ser manuales, automatizados o semi automatizados, pero igual deben manejar información que sea estandarizada, completa y correcta.
- El gran volumen de información es de tipo rutinario (registros totales de determinadas situaciones o eventos), y en general es determinada y organizada, estandarizada y recolectada por la autoridad sanitaria central.
- Se requiere mantener registros históricos de las principales condiciones de recurso y procesos (como disponibilidad de personal y financiera), de la población (como los inscritos en APS y sus condiciones) o de eventos (como enfermedades transmisibles).
- El beneficio de usar la información disponible debe ser mayor que el gran esfuerzo y tiempo dedicado a producirla (al menos la quinta parte del tiempo del personal de enfermería se ocupa en llenar registros). La excesiva cantidad de información recolectada y producida a nivel local sólo se justifica en la medida que sirva para adoptar decisiones efectivas y oportunas (de otro modo es una sobrecarga inútil de esfuerzos y tiempo de todo tipo de personal local, incluyendo al personal clínico).
- La información local puede ser producida a partir de datos primarios extraídos de la comunidad (como encuestas), del funcionamiento y registros rutinarios clínicos y administrativos, o bien ser secundaria a otras

fuentes externas existentes (como el INE o datos de escolares).

- Los directivos de los centros asistenciales, al ser responsables inmediatos del recurso y desempeño, requieren conocer con el mayor detalle y actualización posible, lo que pasa en el centro. Ello incluye contar conocimiento adecuado sobre el contenido y alcances de la información, su producción y mantener una expedita comunicación con quienes la producen.
- El personal encargado de alguna fase de la producción y uso de información local (en la práctica, casi todos los funcionarios), requiere adecuada capacitación para el rol que cumple específicamente respecto a la producción y uso de información.

PRODUCCIÓN DE INFORMACIÓN

Es posible afirmar que todo el personal del establecimiento contribuye de un modo u otro, a la producción local de información. Un funcionario (de asistencial, administrativo o de servicios generales), puede encontrarse en condición de proveedor, recolector, procesador o usuario de la información.

En cada centro local, ya sea asistencial o administrativo municipal se requiere de personas capacitadas y asignadas parcial o totalmente a cumplir funciones centradas en la información y estadísticas. Estas funciones están destinadas a contribuir a la producción y gestión de información local, ya sea a través de recolectar, ordenar, procesar y aportar datos a diversos usuarios, ya sean del propio establecimiento o a otras instancias.

Recolección de información

Se cuenta con formularios, manuales y otros instrumentos de recolección que buscan asegurar la recolección de información estandarizada y correcta. Sus formatos y registros deben ser armónicos con las necesidades a satisfacer y no pueden ser enmendados ni alterados, predispone a que los centros mantengan estrictamente los formularios ministeriales.

Entre los tipos principales de formularios y otros instrumentos de recolección de información destacan:

- Hojas diarias de actividades
- Historias (fichas) clínicas
- Datos de atención de urgencia
- archivo (tarjetero) de datos individuales de los pacientes.
- archivos (tarjeteros) de control de salud y de enfermos crónicos
- Cuadernos o libros de manejo de insumos, de bodega y farmacia
- Cuaderno de asistencia del personal (o tarjetas de reloj control)
- Cuadernos de solicitud de interconsultas
- Cuadernos de inscripción de consultas de morbilidad (aguda y controles crónicos), y citación control a salud.
- Formularios de rechazos de la atención diaria.
- Libros de contabilidad
- Formularios (planillas diarias) de recaudación
- Formularios de declaración individual de accidentes del trabajo, escolares y enfermedades profesionales.
- boletines de notificación individual de enfermedades transmisibles
- formularios de auditorías de muertes infantiles y maternas.

La recolección de datos se realiza en todas las actividades y procedimientos facturables, en las hojas específicas de registro. Es por tanto una información continua y universal.

La notificación de enfermedades transmisibles, de accidentes de trabajo y escolares, licencias de incapacidad y auditorías de muertes materno-infantiles también son universales y continuas.

La recolección de datos sobre el movimiento financiero y de insumos es continua, la información sobre planta física, equipamiento y personal es periódica.

Este proceso de la recolección está relativamente detallado en los documentos básicos vigentes sobre el nivel primario y los programas de las personas, más las instrucciones precisas de los sistemas de vigilancia. Dado que la serie RMC, que se refiere al registro de actividades facturables funciona de modo consolidado hasta llegar a la integración de actividades de todo el SNSS, la información fluye paulatinamente desde el nivel primario (donde existe un registro diario que se consolida en registros estadísticos mensuales), siendo enviada al municipio (cuando corresponde), Dirección del Servicio de Salud, Secretaría Ministerial de Salud y Ministerio de Salud.

La información de los sistemas de vigilancia también tiene un flujo de datos parecido, con la diferencia que ocurre con datos individuales hasta el Ministerio de Salud, pudiendo potencialmente ser procesada en los niveles por donde fluye.

La información de tipo bio-demográfico en general fluye en sentido inverso, ya que los datos son aportados a nivel nacional por el Ministerio de Salud en conjunto con INE y Registro Civil.

La mayor parte del personal administrativo y asistencial participa en la recolección de datos, a través de formularios establecidos en manual de SOME o en instrucciones precisas de los sistemas de vigilancia y auditoría.

Procesamiento

El procesamiento de la información a nivel local es relativamente simple, básicamente por proceso de consolidación de actividades específicas, o recuento de recurso utilizado (sea horas de personal o insumos). Esta relativa simpleza (de los datos colectivos o indicadores, no los datos individuales como aquellos contenidos en las historias clínicas o exámenes de laboratorio) permite que los resultados estadísticos locales puedan ser conocidos en forma manual, y cuando las posibilidades lo permiten o el volumen lo requiere, se pueda usar computadores de tipo personal con relativa facilidad.

Las estadísticas, parte importante de la información en salud, corresponden sólo a parte

de ella. La posibilidad de procesar información de gran magnitud y con gran rapidez gracias al avance computacional, representa una tentación y un riesgo para una producción autónoma y excesiva de datos, que sobre cierto nivel desvirtúan el objetivo de información procurado y obstruyen un aprovechamiento más eficiente y adecuado de ella. En consecuencia, existe un riesgo de separar el sistema de información de quienes toman decisiones y aprovechar el aporte de un sistema potencialmente muy útil.

El personal administrativo perteneciente a SOME en general es el que realiza el procesamiento estadístico local. El personal asistencial a su vez participa en las estimaciones de la serie PAC y en la integración local de los datos de la vigilancia epidemiológica.

La información proviene de la evaluación e integración de datos (entendidos como registros de situaciones y acciones), mediante su incorporación dentro de un marco interpretativo, luego de ser tratados, ordenados y acondicionados con tal fin. Este marco debe ser diseñado de manera tal, que reduzca el margen de incertidumbre de la interpretación de los datos, y que agilice la transformación de éstos en información.

La metodología estadística permite procesar datos y aportar información cuantitativa, mediante cifras resúmenes en forma de cantidad total, promedios, tasas, proporciones y otros parámetros.

La información no sólo corresponde a una expresión de datos en términos numéricos, sino que también puede corresponder al conjunto de datos cualitativos o denotativos (no numéricos), especialmente en el área de percepciones (encuestas, resultados de acreditación o auditoría) o sobre el estado o resultado de procesos administrativos. Las apreciaciones cualitativas y denotativas no requieren de tratamiento estadístico, aunque sí podrían necesitar de algunos otros procedimientos para su validación.

Debe además considerarse que habitualmente la información conocida corresponde a una síntesis de un análisis y conocimiento implícito

mucho más vasto, que en su conjunto es útil para la función gerencial.

Análisis, reporte y difusión

a) Ordenamiento y revisión de integridad y consistencia de los datos recolectados.

Dado que participa diverso personal asistencial y administrativo en la recolección de datos, es importante que se revise el grado de llenado de los datos y su calidad en términos de consistencia. Este proceso es importante para asegurar que los resultados no están errados por problema de registro primario de la información.

b) Manejo estadístico de los datos.

Puede ser manual o computacional. El sistema estadístico de nivel primario está planteado para facilitar una consolidación manual de los datos registrados.

La mayoría de los procedimientos estadísticos específicos consisten en sumar las actividades, procedimientos o insumos, sobre cuya base se construye y presenta tablas estadísticas.

En los centros, se maneja un registro estadístico de movimiento de insumos y dinero que es calculado en términos de recepción, stock, egresos y saldo del movimiento, en general estimado mensualmente.

Los indicadores constituyen una parte importante de los reportes basados en la información rutinaria que se maneja en los centros de salud. Los indicadores son considerados la expresión sintética cuantitativa, cualitativa, textual o gráfica, que presenta de un modo resumido (directa o indirectamente) un aspecto de la realidad a ser descrito o evaluado.

Constituyen una variable que tiene principalmente el objetivo de medir una situación dada o cambios (directa o indirectamente), y que debiera orientar, tanto como sea posible, a la acción. En la práctica, es toda variable susceptible de ser medida directamente y que refleja el estado de salud de la comunidad.

Dada la riqueza de datos primarios, se puede utilizar potencialmente una bioestadística compleja y valiosa para apoyar la gestión, con diversos indicadores y reportes. Sin embargo, el

intensivo procesamiento de información consume importante tiempo del personal disponible para procesar y eventualmente analizar información extra, lo que limita la potencialidad local de la información recolectada y producida.

d) Preparación y presentación de informes estadísticos.

Los informes estadísticos son periódicos, en general remitidos al aspecto financiero y a las actividades programáticas y procedimientos facturables. Los datos basados en notificación de enfermedades transmisibles y las tasas nutricionales en la población infantil o materna bajo control de salud también están afectos a informes periódicos.

La utilización del sistema de información está constreñida a la capacidad de gestión de los responsables del funcionamiento del nivel primario, así como de la interacción entre responsables del sistema de información y directivos locales, así como de las expectativas que estos últimos puedan tener sobre la utilidad de la información aportada, así como de reales expectativas de gestión en base a las responsabilidades, requerimientos y recursos locales.

Para posibilitar una mejor utilidad, el desarrollo de los sistemas de información debiera estar orientado a configurar un instrumento para la administración local, no como un proceso externo a ella (para responder a requerimientos desde otros niveles), sino que principalmente enfocado en el apoyo a la gestión local.

No toda la información necesaria para el diagnóstico y análisis de la situación en sus diversas dimensiones puede ser captada por los mecanismos regulares del SNSS. Por este motivo, es importante configurar una central de documentación que incluya informes, información estadística producida y archivos computacionales, lo que permite mantener una memoria de la institución, posible de activar según requerimiento. La información adecuadamente depositada constituye una biblioteca dinámica, información de experiencias, estudios e investigaciones realizadas en otros sistemas, lugares y

situaciones. Hay un gran desarrollo de este campo con la organización de redes nacionales e internacionales de documentación, que con las avanzadas tecnologías de comunicación y computación permiten un rápido acceso a la información técnica.

El usuario, en cuanto receptor de la información, es quién realmente da el grado de valor y utilidad de ella, en forma independiente de la calidad con que ésta fue generada o de la capacidad de utilización que dicha información tenga.

Los procedimientos y contenidos de información e indicadores que se recolectan en el SNSS y fluyen entre los diversos niveles de decisión y acción son definidos por el Ministerio de Salud para el todo el nivel nacional de SNSS. Algunos de los datos recolectados a nivel individual (como defunciones, hospitalizaciones y notificación de enfermedades transmisibles) son incorporados en bases nacionales manteniendo el dato individual. La mayoría de los datos que se producen en el funcionamiento administrativo y clínico de los centros asistenciales es reportado desde el nivel primario en forma consolidada, como indicadores.

El pilar rutinario de las estadísticas sanitarias está constituido por los Resúmenes Estadísticos Mensuales (REM), reportes periódicos que todos los establecimientos y estrategias de salud reportan al Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del MINSAL.

Los centros que cuentan con sistemas de registro electrónico suelen exportar las series REM de estos sistemas, a donde la información se ha ido agregando en este formato a partir del registro contemporáneo de las actividades realizadas. Habitualmente estos datos requieren de distintos grados de validación por los mismos centros, dependiendo de las características del sistema electrónico. En los centros que no cuentan con sistemas de registro electrónico, la consolidación de los REM se realiza de forma manual, sumando el volumen de actividades registradas en los reportes diarios de estadística, actividad que movilizar gran cantidad de recursos (tiempo, personas) de la atención directa para este fin.

Cada establecimiento cuenta con un código DEIS, al cual asocia la información que remite, que consiste en consolidados de estadísticas de producción y población bajo control.

Los REM se subdividen en las siguientes series:

- Serie A: la más amplia, consta de 30 unidades, divididas a su vez en varias secciones. Dan cuenta del mayor volumen de producción de actividades en APS y nivel secundario (fundamentalmente APS)
- Serie BS: integra el listado de todas las prestaciones de los establecimientos, contenidas en los aranceles FONASA, Modalidad de Atención Institucional (MAI), Modalidad delibre Elección (MLE), en las PPV y todas aquellas prestaciones que, aun no estando aranceladas, son realizadas por los establecimientos (fundamentalmente, niveles secundario y terciario)
- Serie BM: incluye el detalle de todas las actividades de apoyo diagnóstico y terapéutico que se realizan en establecimientos de atención primaria
- Serie D15: registro del Programa Nacional de Alimentación Complementaria (APS)
- Serie D16: registro del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (APS)

El monitoreo de la APS se realiza fundamentalmente a través de una serie de indicadores, entre los cuales destacan Indicadores de Actividad de la APS (IAAPS). Constituyen un conjunto de habitualmente una docena de indicadores - aunque para el año 2017 se elevaron a 21 - que pretenden evaluar globalmente el cumplimiento del Plan de Salud común para toda la APS. Estos indicadores son definidos en el decreto anual que determina el aporte estatal a las municipalidades, y es firmado por el Ministerio de Salud, el Ministerio de Hacienda y la Subsecretaría de Desarrollo Regional, respectivamente, y deben orientarse en el marco de los Objetivos Sanitarios vigentes; el GES; los cuidados de salud familiar, comunitarios y en red; procurar equilibrio entre aspectos

cuantitativos y cualitativos y estar incorporados en los sistemas de registro habitual (REM).

Anualmente, los Servicios de Salud negocian junto a los administradores de salud municipal los puntos de corte para cada indicador, basándose en las prevalencias nacionales esperadas para los ítems que corresponden, consensos de fundamento legal (Gestión de Reclamos, cumplimientos GES), la media nacional y la línea base local del municipio.

El monitoreo de estos Indicadores se realiza periódicamente por parte de los Servicios de Salud en 5 cortes (marzo, junio, agosto, octubre y diciembre) y su incumplimiento bajo el 90% de lo pactado condiciona rebajas diferenciadas en la transferencia del financiamiento per cápita, la fuente de ingresos más importante de los establecimientos de APS.

En teoría, los incumplimientos deberán promover el acompañamiento de los centros por el Servicio de Salud, para la superación de los déficits. Los datos con los que se evalúa la mayoría de IAAPS, provienen de los Registros Estadísticos Mensuales que los centros envían cada mes a los Servicios de Salud, confeccionados con el volumen de actividades realizadas en el periodo designado. Otros indicadores, como el GES, tienen sistemas de información propios, como es el Sistema de Información para la Gestión GES (SIGGES).

Componentes e indicadores del IAAPS:

- a) Componente Actividad General
- b) Componente Actividad de Continuidad de Atención
- c) Componente Actividad con Garantía Explícita en Salud (GES)

De acuerdo con los criterios enumerados, en la Actividad General, se abarcan prestaciones y programas de salud que se desarrollan en el ciclo vital y que evalúan los siguientes ámbitos:

- Cobertura de Acciones Preventivas (Cobertura de Examen de Medicina Preventiva – EMP – en hombres, mujeres y adultos mayores + Control precoz del embarazo)

- Oportunidad, Accesibilidad y Equidad (Cobertura Alta odontológica en menores de 20 años)
- Resultados en Proceso de Intervención Preventiva con Enfoque de Riesgo (Cobertura de HTA, DM2, Asma y EPOC, atención en salud mental, Control de Salud Adolescente, Evaluación del Desarrollo Psicomotor)
- Enfoque multidisciplinario, Enfoque familiar (Gestión de Reclamos y Tasa de Visita Domiciliaria Integral)¹

En el Componente de Continuidad de Atención, se evalúa: el acceso de la población a la atención de salud en horario continuado (atención de salud desde las 8:00 hasta las 20:00 horas de lunes a viernes, y desde las 9:00 hasta las 13:00 horas los sábados) y la disponibilidad de fármacos trazadores (antihipertensivos, hipoglicemiantes orales, antidepresivos, hipolipemiantes y analgésicos seleccionados).

Por otro lado, el Componente GES exige el 100% cumplimiento de los GES atendidos en APS.

De forma similar a los IAAPS, los indicadores a evaluar por las Metas Sanitarias son formulados por el MINSAL, aunque su variación anual es infrecuente.

Tras la formulación de Metas Sanitarias, los Servicios de Salud deben conformar un Comité Técnico Consultivo junto a los administradores de salud municipal y representantes de los funcionarios de salud municipal, quienes en conjunto negociarán los puntos de corte del año siguiente para cada indicador.

1. Recuperación del Desarrollo Psicomotor,
2. Detección precoz del cáncer de cuello uterino,
3. Cobertura de alta odontológica en grupos prioritarios
4. Cobertura de tratamiento y evaluación en personas con DM2
5. Cobertura efectiva de HTA
6. Lactancia materna exclusiva (LME) en menores de 6 meses de vida

7. Establecimientos con plan de participación social elaborado y funcionando participativamente.

USO DE LA TECNOLOGÍA INFORMÁTICA Y ESTADÍSTICA

La situación actual del desarrollo computacional y su accesibilidad para los usuarios, así como la claridad y simpleza de la estadística actual del nivel primario, permite que la computación pueda ser incorporada a los diversos centros de nivel primario, según volumen estadístico a manejar, y que sea utilizada por los mismos responsables estadísticos actuales, mediante capacitación básica. También se puede incluir al personal asistencial en lo que respecta a los aspectos epidemiológicos y los análisis estadísticos programáticos.

El personal procesador y que usa instrumentos estadísticos e informáticos es básicamente al personal de estadística local (como en el SOME o alguna oficina de estadísticas), y potencialmente puede incluir a los propios directivos y a los responsables de recursos y programas, quienes pueden elaborar información de sus programas. Ello que es facilitado por el uso de computadores y programas de uso personal, que les permite fácil uso de programas estadísticos (como el programa Excel[®] o algunos relacionados). Por ello, es importante el apoyo computacional personal básico y capacitación para la construcción o análisis estadísticos de indicadores de recursos o de gestión.

También contribuye el uso de algunos programas informáticos elaborados específicamente para el desarrollo de la compleja y abultada información local, y el uso de algunos programas estadísticos para elaborar y analizar indicadores, así como para emitir informes periódicos estandarizados.

INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN LOCAL EN LA RED DEL SNSS

La información producida en cada centro representa un insumo prioritario para su propia gestión y desempeño local. Pero también constituye la información básica que luego de un modo consolidado a nivel regional y nacional, permite conocer la situación de salud y de los servicios de salud a distintos niveles del país. Por

ese motivo, se requiere que los contenidos, los criterios de procesamiento y flujos de envío de información desde el nivel local tengan una calidad completa, actualizada y estandarizada según lo determinado por el Ministerio de Salud para los distintos establecimientos del SNSS.

Con el desarrollo informático, es posible que algunos datos individuales puedan mantener su grado de detalle individual en grandes bases de datos nacionales (como es el caso de las defunciones, enfermedades transmisibles notificadas y egresos hospitalarios). Sin embargo y en general, en el resto de los datos e indicadores, se cuenta con un sistema consolidado nacional, en que se agregan paulatinamente, datos colectivos (como número de actividades de un determinado centro, o proporción de cumplimiento respecto a una meta establecida).

Cabe también destacar que al contrastar información geográfica consolidada de comunas o datos generados a ese nivel (como lo socioeconómico investigado por CASEN), no es posible conocer qué sucede en la población específica asignada a un determinado centro de APS. La gran diversidad de tamaño de población entre comunas (desde dos mil a más de 700 mil habitantes) limita su comparación pues no son unidades similares. A su vez, los Servicios de Salud incluye diversas comunas, pero eso en general no coinciden con unidades políticas o administrativas del país (Región o Provincia).

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud (2009) Manual de procedimientos. Sistema de Información para la Gestión de Garantías en Salud SIGGES 4ª Versión. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/30.pdf>
2. Ministerio de Salud (2016) Manual Series REM 2016. Departamento De Estadísticas e Información De Salud. Disponible en: http://estadistica.ssmso.cl/downloads/DEIS-MINSAL-Manual-REM-2016_V1.1.pdf
3. Gattini C. (2009) Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud. Enfoque operacional y recomendaciones Estratégicas. OPS/OMS Santiago Chile. Disponible en: <https://www.paho.org/chi/images/PDFs/sistemas-nacionales-informacion-salud-final.pdf>
4. Gattini C. (2009) Implementación de observatorios nacionales de salud. Enfoque operacional y recomendaciones Estratégicas. OPS/OMS Santiago Chile. Disponible en: https://www.paho.org/chi/images/PDFs/observatorios%20nacionales%20de%20salud_final.pdf
5. Ministerio de Salud (2014) Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS). Orientación técnica y metodología de evaluación. http://buenaspracticaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2014_orientaciones-iaaps.pdf

7. CONTROL Y EVALUACIÓN

El control y evaluación constituyen procesos que buscan valorar o determinar, del modo tan sistemático y objetivo como sea posible, la relevancia, eficacia, eficiencia e impacto de actividades de un determinado trabajo, a la luz de objetivos especificados. Son instrumentos de apoyo a una gestión y desempeño de calidad adecuada, para responder de forma oportuna, efectiva y coherente a las necesidades de salud de la población

PROCESOS DE CONTROL Y EVALUACIÓN

El control y la evaluación son procesos que forman parte del proceso global de administración, y contribuyen a que los responsables de la gestión puedan verificar si las condiciones o hechos se producen de acuerdo con los estándares u objetivos que se han establecido y se puedan adoptar las medidas correctivas que se requieren. Contribuyen a garantizar que una organización logre lo que se propuso llevar a cabo.

Ambos procesos están relacionados y tienen superposición, pero mientras el control se enfoca más en la regulación y adopción de medidas correctivas respecto a lo que se normado o planeado hacer (a nivel individual o colectivo), la evaluación incluye amplia una serie de métodos y técnicas que contribuyen a que la gestión se informe oportunamente sobre el grado de cumplimiento del funcionamiento de un centro de un determinado proyecto, plan o programa, y pueda adoptar las medidas de recursos o desempeño que permitan cumplir con lo esperado o planeado en un determinado período. Tanto el control como la evaluación necesitan contar con adecuada y oportuna información y a su vez son instrumentos informativos de apoyo a la gestión.

También contribuyen a rendir cuentas respecto a las responsabilidades gerenciales y objetivos institucionales, permiten detectar los incumplimientos y errores que pueden haber surgido y orientan a poder generar posibles soluciones o tomar precauciones en futuros proyectos (o nuevo ciclo de la administración).

Un adecuado control y evaluación requieren que quienes controlan o evalúan conozcan adecuadamente cuales son específicamente los objetivos, organización, recursos y desempeño de los centros asistenciales de salud. Estos

centros constituyen empresas productivas de servicios que tienen alguna similitud administrativa con otras empresas (como lo que se puede encontrar en supermercados o fábricas productoras de bienes y servicios, como calzado). Sin embargo, los centros asistenciales tienen particularidades en su gestión, funcionamiento y provisión de servicios a los usuarios; ello requiere contar con un específico conocimiento y competencias multidisciplinario-integradas (ámbito clínico, social, administrativo, financiero, comunicacional, ético, educacional y otros) para asegurar que un determinada control o evaluación va a ser coherente y útil para lo que se pretende evaluar.

CONTROL

El control es el proceso que verifica de modo sistemático una determinada situación o hechos (registrada u “observada”) y la compara con algún patrón técnico o normativo de referencia (nivel “esperado”). Busca garantizar que las actividades “reales” se ajusten a las actividades “proyectadas”.

En el contexto del proceso global de administración (que incluye la planificación, organización, dirección y control), destaca que la retroalimentación de información aportada por el control puede afectar el ciclo del proceso de planeación.

El control se enfoca en evaluar y corregir el desempeño de las actividades de los subordinados para asegurar que los objetivos y planes de la organización se están llevando a cabo. Es un proceso esencialmente regulador que contribuye a ejercer autoridad (controlar, dirigir o mandar sobre personas o instituciones) a través de tomar decisiones correctivas e impedir desviaciones respecto a un nivel de calidad o desempeño esperado.

Incluye un conjunto de operaciones manuales o automáticas para registrar, valorar o comparar con una referencia esperada (sea un estándar técnico, administrativo, o bien una meta definida) y reportar para la adopción de las medidas necesarias, en torno al cumplimiento de los estándares u objetivos establecidos.

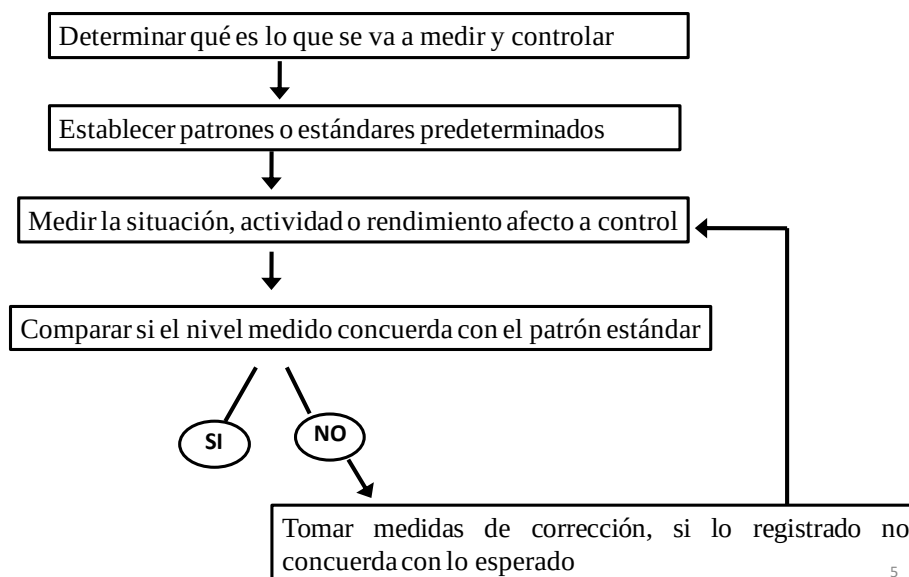
Dado que el proceso de control requiere contrastar lo que se registra respecto a un nivel esperado, entonces se necesita realizar una serie de pasos que permitan conocer:

- qué es lo que se va a controlar específicamente (por ejemplo, asistencia del personal).
- Luego es necesario establecer patrones o estándares respecto a lo que se espera que exista. Dichos patrones pueden ser determinados por guías, reglamentos, normas, protocolos (por ejemplo, la reglamentación que

indica que todo el personal deba asistir a cumplir su jornada, salvo casos de vacaciones, licencias, permisos administrativos u otras condiciones predeterminadas);

- Medir la situación que está bajo control, para lo cual se requiere un adecuado y oportuno sistema de registros e información (por ejemplo, uso del reloj control para asistencia de personal);
- Comparar lo registrado u observado respecto a lo esperado según el patrón o estándar establecido; y
- Adoptar las medidas de corrección en caso de que lo registrado no coincida con lo esperado y eso refleje un incumplimiento de funcionamiento o calidad respecto a lo esperado. Los pasos del proceso de control se sintetizan en la figura 7.1.

Figura 7.1. Fases del proceso de control



Aplicación del control a los distintos componentes organizacionales

El control puede ser aplicado a todos los componentes de organización, recurso, procesos o resultados de cada centro asistencial.

a) **Control del recurso**

En el control del recurso, destaca el control de la cantidad y calidad del recurso tanto financiero

(contabilidad) como del recurso físico (infraestructura, equipamiento e insumos y el personal asistencial y administrativo)

Es importante que, para asegurar un adecuado funcionamiento de los centros, el control del recurso tenga una cantidad y calidad que permita contribuir al funcionamiento en condiciones para la eficiencia y efectividad (por ejemplo, que

el equipo tenga los insumos necesarios y repuestos básicos para su funcionamiento):

- Personal (disponibilidad, asistencia, capacitación, permisos y licencias, condiciones salariales y otras de trabajo)
- Finanzas (contabilidad, ingresos, egresos, remanentes, deudas)
- Equipamiento (general, clínico, otros, inventario)
- Infraestructura (edificio, aspectos de mantención y arreglos)
- Insumos (medicamentos y otros)
- Transporte (vehículos, repuestos, insumos)

b) **Control de los procesos y del desempeño**

Para que cada centro asistencial cumpla con las normas y objetivos esperados, se requiere que no solo las actividades “finales” – aquellas que se entregan a los usuarios sean controladas (como consultas, controles de salud o vacunación) sino que todos aquellos procesos de apoyo para que dichas actividades finales se cumplan, como es el caso de las funciones del laboratorio, farmacia, esterilización, actividades administrativas, sistema de registros e información, transportes y otros.

Los patrones para el adecuado cumplimiento de los procesos clínicos cruciales (en cantidad y calidad) están establecidos en las normas técnicas, guías, protocolos, acreditación y otros documentos, cuyo conocimiento debe ser conocido no solo por la dirección, sino que según corresponda, por todos los funcionarios que cumplen funciones en un centro asistencial.

El control en la asistencia de salud también debe cubrir la seguridad tanto del personal mismo como de los pacientes. Dado que la atención de salud tiene un riesgo de iatrogenia o daño en salud (sin que ello prejuzgue error o negligencia), es importante mantener un continuo y estricto control de la eventual aparición de complicaciones y en caso de que ellas surjan (por ejemplo, infección post tratamiento de cirugía menor), se requiere entonces revisar si hubo brecha de calidad y qué debe ser corregido, adoptando las medidas que sean necesarias.

c) **Control de la provisión de servicios y resultados sanitarios**

La atención de salud cuenta con una serie de patrones y recomendaciones para su adecuado ejercicio y en condiciones de calidad. La calidad de la atención requiere que, a nivel individual y colectivo, esta tenga condiciones de efectividad, eficiencia y trato a los usuarios. Dado que el nivel primario se relaciona no sólo con usuarios individuales, sino que también con la comunidad, también es preciso que la dirección y el equipo de salud realicen sus actividades con condiciones de adecuada comunicación, liderazgo, comprensión y manejo intersectorial y con la comunidad, considerando las determinantes sociales y la diversidad cultural.

En el control de la atención de salud destacan:

- Cumplimiento de actividades asistenciales según calidad y rendimiento esperados
- Oportunidad de la atención (facilidad de acceso y evitar prolongadas esperas de atención)
- Satisfacción de los usuarios
- Impacto esperado en el control o prevención de complicaciones en los enfermos crónicos (como hipertensión o diabetes mellitus)
- Prevención de eventos evitables que pudieran reflejar una brecha de atención (como por ejemplo aparición de sarampión, complicaciones de alto riesgo obstétrico o infantil, cáncer cervicouterino avanzado).

EVALUACIÓN

En general, evaluación es el proceso de otorgar valor a algo. Consiste en comparar una situación observada con una situación esperada o deseada. Es un proceso que intenta determinar, de un modo tan sistemático y objetivo como sea posible, la relevancia, eficacia, eficiencia e impacto de actividades a la luz de objetivos determinados.

A su vez, la evaluación de servicios de salud es el estudio de ciertos aspectos de la estructura, proceso o resultados de un proyecto o programa o servicio, en relación a un nivel deseado, cuyos resultados buscan aportar una evidencia y orientaciones a quienes planifican o toman decisiones.

En general la evaluación en servicios de salud se acompaña del proceso de monitoreo, con el cual tiene gran complementariedad y mutua alimentación. El monitoreo de servicios de salud es la sistemática y continua recolección y análisis de información sobre el progreso de un trabajo a través del tiempo constituye información de alerta temprana u oportuna para la acción; es el conocimiento periódico aportado por un proceso continuo de notificación y evaluación de una situación observada, en contraste a una situación esperada (determinada por criterios de expertos, normativos o empíricos), para orientar la toma de decisiones.

Elección de tipo de evaluación

El tipo de evaluación que se va a utilizar depende de una serie de factores entre los cuales destacan:

- El grado de sistematización y formalidad (formales e informales)
- Aspecto del SS para evaluar: estructura, proceso o resultados.
- Rol en el programa o SS: formativa, soporte de toma de decisiones.
- Participantes: interna, externa, mixta.
- Información y análisis utilizados: información secundaria, cuantitativa o cualitativa, bibliográfica (documental), observación, encuestas, entrevistas...
- Tipo de intervención o aspecto que se evalúa: asistencia de salud, promoción, comunicación social, participación comunitaria.
- El tipo de problema prioritario y objetivos que los programas de salud específicos enfrentan.

Principales fases de la evaluación

En general, no es necesario planificar procesos de evaluación en forma aislada, pues en general estos ya tienden estar diseñados al momento de la planificación o bien ya son sistemáticos cuando se realiza un desempeño regular o rutinario (desempeño de centros que se repiten de modo similar año tras año) en los centros de salud. Sin embargo y en caso de diseñar e implementar una nueva evaluación, destacan los siguientes aspectos:

- a. Definir los componentes del centro asistencial afectos a evaluación;
- b. Planificación y preparación de la evaluación, con los instrumentos para juntar y medir la información;
- c. Recopilación de información
- d. Guía de flujo de proceso productivo de la información
- e. Análisis de brechas
- f. Análisis e interpretación general;
- g. Consolidación y validación de las conclusiones y las recomendaciones preliminares.
- h. Desarrollo del informe de evaluación.
- i. Difusión (publicación o Web)

Análisis (estadístico e interpretación) de la información producida, para efectos de evaluación

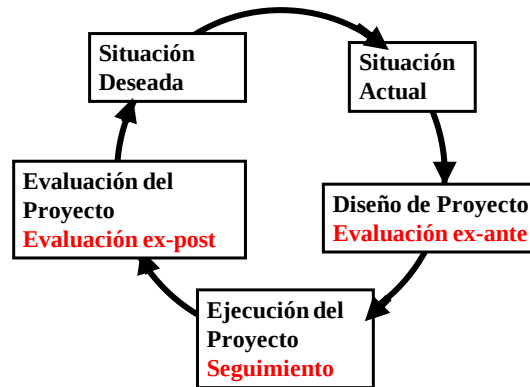
- El análisis requiere conocimiento del centro de salud, en especial del aspecto que está bajo seguimiento o evaluación.
- Requiere capacidad analítica, según método, enfoque disciplinario, y el contexto institucional y sanitario que se analiza.
- Requiere conocer los contenidos, alcances, calidad y limitaciones de la información (incluyendo sesgos)
- No es suficiente contar con experiencia informática, estadística, epidemiológica, administrativa o económica en forma aislada.
- Se requiere conocer la estructura y funcionamiento de los servicios.

En la evaluación del ciclo de un proyecto, se cuenta con evaluación inicial antes de comenzar el proyecto, en el momento de su diseño (evaluación ex-ante), luego se realiza “seguimiento” durante la ejecución del proyecto, que puede ser más rutinaria en base a pocos indicadores para evaluar si todo va bien (monitoreo) o bien se hace una evaluación más exhaustiva, ya sea que esté planificada en el proyecto (por ejemplo una evaluación en la mitad del proyecto) o bien si el monitoreo

detecta desviaciones o limitaciones en el cumplimiento, y se realiza una evaluación al final del proyecto, tanto para evaluar el cumplimiento

de objetivos, como para retroalimentar un futuro proyecto (figura 7.2 y cuadro 71).

Figura 7.2. El Ciclo de un Proyecto: Diseño, Ejecución y Evaluación



Cuadro 7.1. Momentos de aplicación de monitoreo y evaluación en programas y proyectos

Etapa	Herramientas de evaluación	Objetivos	Momento de uso
Planificación	Evaluación ex ante	Evaluar la viabilidad del programa en términos financieros, políticos e institucionales. Priorizar/ seleccionar las acciones que racionalicen la inversión.	Previo al inicio y cuando se ha determinado lo que será evaluado
	Diagnóstico de base (momento o)	Indica el nivel inicial de los aspectos que van a ser sujetos a monitoreo o evaluación durante o después de ejecutado el programa o proyecto.	Al momento de iniciar el programa o proyecto.
Ejecución	Monitoreo	Detectar y reportar si las actividades y resultados se cumplen según lo planificado, para detectar eventuales deficiencias, obstáculos y necesidades de ajuste en la ejecución.	Continuo o periódico (periodicidad determinada en el plan)
	Evaluación concurrente	Evaluar con profundidad desde la perspectiva institucional y en un momento determinado, el desempeño del programa en todos sus niveles.	Durante la ejecución del programa, planeada a según necesidad
	Evaluación de resultados	Evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos específicos del programa.	Inmediatamente después de terminado el programa.
	Evaluación de impacto	Identificar y explicar cómo se modificó la situación inicial en función del objetivo original del programa.	Un tiempo después de finalizada la ejecución del programa.

REFERENCIAS

1 Gattini C. (2018) "Monitoreo y evaluación de servicios de salud". Apunte docente. Escuela de

Salud Pública. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

2 María Mercedes Di Virgilio y Romina Solano "Monitoreo y evaluación de políticas, programas y

- proyectos sociales”. 1a ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2012. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_monitoreo_evaluacion.pdf
- 3 “Toolkits. A practical guide to planning, monitoring, evaluation and impact assessment”. Save the Children Fund, 2003. Disponible en: http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Toolkits_A_practical_guide_to_planning_monitoring_evaluation_and_impact_assessment2003.pdf
 - 4 IHP, OMS (2011) “Modelo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud”. OMS. Ginebra: 2011. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/MandE_NHS_spanish.pdf
 - 5 Frankel N. y Gage A. (2009) “Fundamentos de monitoreo y evaluación. Un curso autodirigido”. USAID, PEPFAR, Measure and Evaluation. Disponible en: <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-07-20-es/.../document>
 - 6 Banco Mundial (2004) Seguimiento y Evaluación: instrumentos, métodos y enfoques. Disponible en: <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/240521468336082184/Seguimiento-y-evaluacion-instrumentos-metodos-y-enfoques>
 - 7 C. Gattini, OPS/OMS (2009). Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas. Disponible en: <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/sistemas-nacionales-informacion-salud-final.pdf?ua=1>
 - 8 C. Gattini, OPS/OMS (2009). Implementación de observatorios nacionales de salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas. Disponible en: http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=sistema-de-salud&alias=102-implementacion-de-observatorios-nacionales-de-salud&Itemid=1145

8. HERRAMIENTAS DE APOYO A LA EVALUACIÓN Y GESTIÓN

Es el proceso de liderazgo y toma de decisiones enfocadas en sistematizar y coordinar al equipo que realiza práctica clínica en un establecimiento, buscando lograr una adecuada participación y calidad de atención del equipo asistencial (incluyendo eficacia y eficiencia) de salud, para el mejor beneficio o impacto posible a las personas usuarias.

El importante desarrollo y modernización que ha ocurrido en las empresas productivas durante el siglo XX y hasta la actualidad ha permitido contar con una serie de herramientas valiosas para apoyar una efectiva evaluación y gestión institucional.

Todo ello fue también particularmente favorecido por gran el desarrollo de la tecnología informática, tanto para la recolección, gestión, análisis y uso de la información, como la comunicación interna y externa de las instituciones, lo que ha facilitado el funcionamiento en redes institucionales. También ello ha sido favorecido por el avance de las ciencias de administración, economía, negocios, gestión de la información y conocimiento, y otros aportes

Las empresas se tornaron más complejas y exigentes, con mayor productividad, en un entorno altamente competitivo y demandante. Con ese adelanto, en la actualidad, se dispone de una serie de herramientas (algunas de las cuales se han hecho bastante sofisticadas), junto a nuevas teorías administrativas que permiten apoyar una más efectiva y dinámica gestión, y con ello apoyar un mayor impacto sobre los distintos aspectos de la organización.

Las herramientas de gestión principales apoyan la planificación, el control y evaluación, y la mejora continua de calidad. Algunas son administrativas, que se usan en análisis y proyecciones de negocios y producción empresarial. Estas herramientas facilitan la gestión moderna, con innovación tecnológica y organizativa.

MÉTODOS Y TÉCNICAS DE EVALUACIÓN

Los métodos y técnicas que se adoptan y utilizan en los procesos de evaluación pueden ser sistemáticos y organizados formalmente para ser aplicados según lo que se ha planificado realizar

y administrar, o bien puede tener componentes metodológicos distintos, sean de base cuantitativa o cualitativa, y tienen distinto grado de formalidad.

Los métodos pueden ser formales o informales, cuantitativos o cualitativos, y depender del enfoque disciplinario prevalente que se utiliza (como ciencias de la salud, administración, economía, epidemiología, sociología, ciencias políticas y otras). La calidad y cobertura de la información recolectada como base de la evaluación es clave para el análisis posterior, e incide en la calidad de la evaluación global.

Las técnicas para utilizar son variadas y numerosas y entre éstas deben seleccionarse las más relevantes, factibles, que resguarden la confidencialidad de la información y que aseguren resultados de calidad confiable. La elección del método o técnicas específicas que se utilizará depende de las preguntas que se quiere responder, de los objetivos del monitoreo o evaluación, quienes estarán aportando información y quienes estarán usando esa información para tomar decisiones.

La elección de técnicas específicas depende de cómo se va a evaluar, la fuente de datos, el modo de recolección y las fases que incluirá la evaluación.

El importante desarrollo y modernización que ocurrió en las empresas productivas (lucrativas y no lucrativas) durante el siglo XX y hasta la actualidad, ha sido facilitado por el avance de las ciencias de administración, economía, negocios, gestión de la información y conocimiento, y otros aportes. Todo ello fue también particularmente favorecido por gran el desarrollo de la tecnología informática, tanto para la recolección, gestión, análisis y uso de la información, como la comunicación interna y externa de las

instituciones, lo que ha facilitado el funcionamiento en redes institucionales.

Las empresas se tornaron más complejas y exigentes, con mayor productividad, en un entorno altamente competitivo y demandante. Con ese adelanto, en la actualidad, se dispone de una serie de herramientas (algunas de las cuales se han hecho bastante sofisticadas), junto a nuevas teorías administrativas que permiten apoyar una más efectiva y dinámica gestión, y con ello apoyar un mayor impacto sobre los distintos aspectos de la organización.

Las herramientas de gestión principales apoyan la planificación, el control y evaluación, y la mejora continua de calidad. Algunas de estas herramientas son administrativas, que se usan en análisis y proyecciones de negocios y producción empresarial. Estas herramientas facilitan la gestión de hospitales modernizados más complejos, con innovación tecnológica y organizativa.

Destacan herramientas como análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA), tercerización de servicios (compra de servicios a otras instituciones), contrato externo de algunas funciones institucionales (como alimentación, aseo, manejo de sistemas de información), atención y costeo de la hospitalización de pacientes y de grupos de atenciones relacionadas con diagnósticos.

Otras herramientas tienen una gran base informática, lo que favorece contar con la información necesaria y con metodologías estadísticas para analizar escenarios y tomar decisiones. Destacan herramientas como los sistemas de registro de pacientes, portales de acceso de pacientes, telemedicina, monitoreo remoto de pacientes, análisis predictivo de situación de pacientes y de la población.

Las herramientas de mejora continua se enfocan en monitorear el recurso y desempeño para buscar eventuales puntos débiles a los procesos, productos y servicios actuales. Destaca la fijación de parámetros de referencia como óptimo a ser logrado. Se utiliza una serie de métodos cualitativos y cuantitativos entre los

cuales destaca el conjunto indicado en el cuadro 7.1.

Los diversos métodos incluyen distintos modos de recolección de información cuantitativa o cualitativa, presentación de las variables y componentes principales (como cuadros y diversos tipos de gráficos) y de análisis cualitativo, cuantitativo o mixto.

PRINCIPALES MÉTODOS Y TÉCNICAS

La evaluación puede ser tanto formal como informal, y ser interna, externa o mixta. Puede cumplir diversos objetivos, utilizando diversos tipos de métodos y técnicas de evaluación. En el caso de los servicios de salud y centros asistenciales, destacan:

A. Métodos cualitativos

- Tormenta de ideas (brainstorming)
- Encuestas poblacionales, de personal, de usuarios
- Diagrama Causa - Efecto
- Lista de Verificación (Check list)
- Entrevistas
- Encuestas
- Técnica Delphi
- Diagramas de Flujo
- Análisis Modal de Fallos y Efectos
- Diagrama SIPOC
- Indicadores de Gestión
- Carta Gantt
- Observación directa
- Entrevistas a personal usuarios, o población
- Acreditación de condiciones de eficiencia
- Auditorías financieras y administrativas
- Evaluación de eficiencia gerencial
- Evaluación por eventos y condiciones trazadoras
- Auditorías de muertes maternas e infantiles
- Evaluación de asignación de recurso, actividades, resultados (equidad)

- Evaluación participativa
- Análisis (según enfoque) de marco lógico (AML)
- Análisis de costo-efectividad y costo beneficio
- Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)
- Consultorías y evaluación externa
- Casos de estudio
- Uso de sitios centinelas

Entre los métodos cuantitativos, destacan:

- Análisis de Ratios
- Análisis Costo/Beneficio
- Análisis Costo/Efectividad
- Análisis de Regresión y Correlación
- Series de Tiempo
- Series de Tiempo Interrumpidas
- Benchmarking
- Gráficos de Comportamiento
- Gráficos de Control
- Gráficos de Radar
- Diagrama o Análisis de Pareto
- Teoría de Colas
- Análisis de Sensibilidad
- Análisis de Campo de Fuerzas
- Diagrama PERT (Técnica de Revisión y Evaluación de Programas)

CPM (Método de la Ruta o Camino Crítico)

Evaluación participativa y evaluación rápida

- Es una evaluación en que predomina el tipo cualitativo, destacando que participan los principales actores internos y externos de los servicios de salud o de algún área específica que se pretende evaluar.
- La evaluación participativa involucra a todos los interesados en un proyecto, programa o servicios, ya sea como parte de lo que lleva a la provisión (gerentes y personal) o la recepción de servicios (la comunidad).

- Se puede aplicar a cada fase de la evaluación y sus resultados buscan ser aplicados para mejorar el desempeño del trabajo o de los resultados esperados.
- Además de los objetivos directos que motivan la evaluación, también sirve para difundir y revisar información clave que habitualmente no se difunde (especialmente a la comunidad), motivar la participación y capacitación de todos los actores internos y eternos involucrados, fomentando además la solidaridad y mayor integración con la comunidad del entorno.

Evaluación participativa

Es una evaluación en que participan los principales actores internos y externos de los servicios de salud o de algún área o tema específico que se pretende evaluar. Predomina el tipo cualitativo, con percepciones y opiniones de participantes.

La evaluación participativa involucra a todos los interesados en un proyecto, programa o servicios, ya sea como parte de lo que lleva a la provisión (gerentes y personal) o la recepción de servicios (la comunidad). Se puede aplicar a cada fase de la evaluación y sus resultados buscan ser aplicados para mejorar el desempeño del trabajo o de los resultados esperados.

Además de los objetivos directos que motivan la evaluación, también sirve para difundir y revisar información clave que habitualmente no se difunde (especialmente a la comunidad), motivar la participación y capacitación de todos los actores internos y eternos involucrados, fomentando además la solidaridad y mayor integración con la comunidad del entorno.

Las principales fases incluyen:

- Recolectar información.
- Analizar la información recolectada: estadístico y en contexto (dar sentido a los datos)
- Preparar y difundir reportes de los resultados
- Utilizar lo reportado para ajustar o mejorar el aspecto evaluado.
- El proceso puede ser repetido según necesidad.

Ventajas

- Brinda una mayor perspectiva de las necesidades iniciales de los beneficiarios del proyecto, y de sus efectos finales.
- Puede darle información que de otra forma usted no obtendría.
- Le indica lo que funcionó y lo que no desde la perspectiva de aquellos involucrados más directamente – beneficiarios y personal.
- Puede indicarle por qué algo funciona o no
- Da como resultado un proyecto más efectivo.
- Da poder a los interesados.
- Puede dar voz a los que a menudo no son escuchados.
- Enseña habilidades que pueden ser usadas en el empleo y otras áreas de la vida.
- Aumenta la autoconfianza y la autoestima en aquellos que tienen baja alguna de las dos o ambas cosas.
- Muestra a las personas las formas en las que pueden tomar un mayor control de su vida.
- Estimula en los interesados el sentimiento de propiedad del proyecto.
- Puede hacer brillar la creatividad de todos los involucrados.
- Estimula el trabajo colaborativo.
- Encaja dentro de una iniciativa participativa mayor

Desventajas

- Requiere más tiempo que un proceso convencional.
- Se necesita establecer lazos de confianza entre todos los participantes del proceso.
- Usted debe asegurarse de que todos están involucrados, no sólo los “líderes” de varios grupos.
- Se debe capacitar a las personas para comprender la evaluación y cómo funciona el proceso participativo, además para enseñarles habilidades de investigación básicas.
- Usted debe hacer que los participantes se comprometan y asuman la idea.

- La vida de las personas – enfermedades, cuidado de los hijos y problemas de relaciones, etc. – pueden causar retrasos o bloquear el camino de la evaluación.
- Se debe ser creativo en cómo obtener la información para registros y reportes.
- Los financiadores y políticos pueden no entender o no creer en lo que aporte la evaluación participativa.

El procedimiento de evaluación rápida (“rapid appraisal” o RAP en inglés) es un modo de evaluación participativa, que integra información cuantitativa y cualitativa de múltiples metodologías, destinado a tener una visión diagnóstica rápida y práctica, resolver problemas, ayudar a la gestión y ver cómo los programas pueden ser mejorados y qué lecciones se pueden extraer.

Este modo de evaluar ha surgido por la dificultad de realizar evaluaciones en programas relacionados con salud (dificultades técnicas y de requerimientos de costo, personal entrenado y tiempo). Responden a la necesidad de contar al menos con información rápida sobre los aspectos relevantes que ayuden a la toma de decisiones.

Entre sus características destaca:

- su finalidad está orientada a la acción, en un contexto rápido y práctico. Su foco está puesto en resolver problemas, mejorar los programas, toma de decisiones y extensión de la experiencia.
- es explicativa: no sólo se describe y evalúa lo encontrado, sino que también se investigan las causas con apoyo de expertos y gente informada.
- está enfocada al proceso del programa, discerniendo sus factores facilitadores y limitaciones.
- permite entregar documentos prácticos, oportunos, breves a quienes toman decisiones.
- pretende evaluar la situación en forma global (holística), desde todas las perspectivas posibles, y en forma dinámica (interacción, tendencias a conformar patrones o en su evolución)

- los términos de referencia de cómo será la evaluación pueden ser realizados en forma colectiva, y ser ajustados sobre la marcha, lo que da flexibilidad y adaptación.
- sirve analizar la investigación previamente realizada en esta área.
- la observación y entrevistas no estructuradas juegan un rol importante, incluyendo al público e informantes claves.
- permite la participación directa de profesionales informados con experiencia en interpretar los hallazgos en equipo, contribuyendo al trabajo multidisciplinario y a una visión global de la situación
- también permite combinar evaluadores internos y externos
- permite la participación de la comunidad, especialmente de sus informantes claves y de los usuarios.

Encuestas

Proceso informativo que recoleta información primaria procedente de personal, usuarios o actores de la comunidad. Pueden ser estructuradas o no estructuradas, presenciales (cara a cara, o escritas) o a distancia, y aisladas o sistemáticas. Requieren adecuada preparación aplicación y análisis, pues se pueden hacer desde distintas perspectivas disciplinarias.

Las encuestas permiten conocer aspectos importantes sobre las necesidades, expectativas, acceso, cobertura y uso de servicios. Corresponden a una herramienta valiosa de evaluación, especialmente en la etapa de diseño y evaluación de resultados de un programa, aunque tienen la desventaja de ser caras y complejas en las fases de recolección y análisis, si es que se realizan adecuada y formalmente.

Las encuestas se utilizan para recopilar una amplia gama de información (cuantitativa y cualitativa) sobre una población. El énfasis está generalmente en los datos cuantitativos que pueden ser analizados usando métodos estadísticos para dar estimaciones exactas. La información cualitativa se utiliza para ayudar a interpretar los resultados cuantitativos.

Su utilidad se basa en que proporcionan respuestas estadísticas precisas a preguntas cuidadosamente definidas, y se puede verificar la exactitud de sus resultados, comprobando los métodos y las estadísticas que se utilizaron.

La muestra suele incluir personas de diferentes lugares, buscando ser significativa del universo al cual pretende representar. Esto significa que las personas que realizan la encuesta tienen contacto con un gran número de personas en diferentes lugares.

a) Diseño de la encuesta

- Formule la (s) pregunta (s) que desea que se respondan en la encuesta.
- La forma de una hipótesis que la encuesta debe probar o refutar (por ejemplo, que el nivel de educación de una mujer afecta la salud de sus hijos). Alternativamente, el propósito de la encuesta puede ser medir la escala de un Problema específico.
- Seleccione las variables que le permitirán responder a la pregunta. Una variable es cualquier Característico que puede variar (por ejemplo, la altura de un niño, el número de Años que una madre pasó en la escuela, o la fuente preferida de asesoramiento sobre salud cuidado).
- Diseñe los métodos de recolección de información sobre las variables. Esto puede ser Mediciones físicas o haciendo preguntas a las personas usando un cuestionario. En un cuestionario se hace a todos las mismas preguntas, de manera que los resultados pueden ser comparados y analizados numéricamente
- Los cuestionarios deben diseñarse cuidadosamente, ya que el número, orden y La redacción de las preguntas puede tener un efecto significativo en la forma en que son contestada.
- Si es necesario, traduzca los cuestionarios y las guías a la (s) lengua (s) local (es). Esto puede requerir mucho tiempo y requiere una considerable experiencia.
- Normalmente no es posible recopilar datos de toda una población, por lo que una muestra De

la población. Esto debe ser representativo del conjunto Población y debe seleccionarse al azar para evitar sesgos. El método preciso de seleccionar una muestra varía según el tipo y el propósito de la encuesta

- Planifique la recolección de datos de acuerdo con la muestra de población seleccionada, la organización del transporte y alojamiento, y elaborar un plan de calendario para tener en cuenta los viajes, los días festivos y cuándo sea la mejor hora del día para encontrar a la gente de la muestra.

b) Recopilación de datos primarios

- Capacitar a las personas para que recojan datos (encuestadores). Es importante que la recolección de datos se realice de manera consistente, para evitar sesgos. Puede ser necesario elaborar directrices sobre cómo formular preguntas,
- Las mediciones físicas, cómo se definen las variables, etc. supervisores, también será necesario para asegurar que los métodos de recopilación de datos se usen correctamente.
- Llevar a cabo una encuesta piloto. Los métodos de recopilación de datos, incluidos cuestionarios, debe ser probado en un grupo pequeño y luego modificado si es necesario. Esta detectará cualquier problema (por ejemplo, en la redacción o traducción de preguntas, en el acceso a los encuestados, en la capacitación de los enumeradores, o en la longitud del cuestionario) que deben abordarse antes de comenzar a recopilar datos de toda la muestra.
- Los datos son recogidos y recopilados de la muestra por los enumeradores y supervisores.

c) Análisis de los datos

Después de que la información ha sido recogida, recopilada y verificada, se analiza. Los datos recogidos mediante métodos cuantitativos pueden analizarse estadísticamente. La información recolectada puede contener:

- Promedios (por ejemplo, el número promedio de hijos por familia)

- Proporciones (por ejemplo, la proporción de una población que padece desnutrición)
- Rango entre niveles mínimos y máximos (por ejemplo, el mayor y el más pequeño)
- Puede demostrar si una diferencia aparente es o no estadísticamente significativa y no sólo el resultado del azar (por ejemplo, si trabajadores de salud que han asistido a un curso de formación realmente saben más que aquellos que no lo han hecho)
- También puede demostrar si existe o no una aparente relación estadísticamente significativa entre dos variables, lo que no implica causalidad.
- Puede estimar el alcance del posible error estándar en los resultados causada por la toma de datos de una muestra en lugar de toda la población.

Entre las ventajas de las encuestas destacan:

- Las técnicas de recolección y análisis de datos son ampliamente conocidas y comprendidas (aunque no necesariamente correctamente).
- Los métodos de análisis son claros y relativamente rápidos, especialmente cuando se realizan en el campo utilizando ordenadores portátiles.
- Las conclusiones pueden apoyar un argumento demostrando el tamaño y la gravedad de un problema.
- Las encuestas permiten hacer comparaciones entre los diferentes grupos de la encuesta o con otras encuestas que utilizan métodos similares.

Las encuestas tienen algunas desventajas o limitaciones, que es preciso tener en cuenta:

- Normalmente se necesitan recursos considerables (personal, vehículos, combustible, computadoras) para llevarlos a cabo.
- Pueden tardar varias semanas en completarse.
- La recopilación de datos de la muestra seleccionada puede ser intrusiva e inconveniente. La falta de cooperación puede ser un problema y podría dar lugar a resultados poco fiables.

- Las encuestas son a menudo planificadas y los resultados analizados lejos de los sitios de la encuesta con poca o ninguna participación de las personas de la comunidad.
- Trabajar con un cuestionario inflexible dificulta una discusión relajada con la persona entrevistada.
- Las encuestas sólo miran ciertas variables predefinidas y las posibles respuestas a las preguntas de un cuestionario son limitadas. Se pueden perder detalles o variaciones importantes si no entran en el modelo preconcebido.
- El análisis numérico de grandes cantidades de datos requiere tiempo y necesita experiencia. Si una encuesta no se diseña cuidadosamente, se puede generar tanta información que resulta imposible analizarla o utilizarla eficazmente.
- Cuando los métodos de recolección y análisis de datos se usan incorrectamente, los resultados pueden no ser válidos.
- Las encuestas a menudo están diseñadas para demostrar lo que el investigador cree, por lo que es importante mirar los métodos y conclusiones de manera crítica.

Para que la encuesta sea adecuada, se requiere tener en cuenta los siguientes factores necesarios al momento de planificarla:

- Conocimiento y experiencia en diseño, muestreo y estadística de encuestas.
- Personas para recolectar datos que sean alfabetizados, numerados y precisos.
- Experiencia en condiciones de campo para asegurar que los métodos de muestreo sean prácticos.
- Preparación, planificación y ejecución adecuadas, que incluye una encuesta piloto para probar los cuestionarios.
- Capacitación y supervisión adecuadas de los enumeradores.

- Cuando se pueden usar
- Proporcionar datos precisos y precisos.
- Cuando necesita tener una visión amplia de toda una población.
- Identificar las principales diferencias y relaciones en las características de una población y averiguar qué sectores de la población son los más afectados.
- Producir "datos duros" para probar que existen ciertos problemas, o para justificar una estrategia particular para los donantes, el gobierno y otros tomadores de decisiones.
- Establecer información básica clara que pueda utilizarse para evaluar el impacto más adelante.
- Las encuestas repetidas pueden usarse para medir los cambios en una población en el tiempo.

Las encuestas pueden ser útiles para monitorear el impacto de un programa, o para detectar cambios significativos en poblaciones seleccionadas.

Análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA)

El análisis de fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas (FODA) es una forma de reunir información que pueden ser útiles en el análisis de problemas, monitoreo y evaluación. Proporciona un marco para el análisis grupal de una situación dada. Eso fomenta el aporte de muchas personas, ayuda a las personas a hacer una lluvia de ideas sobre posibles soluciones. Como se ilustra en el cuadro 8.1, la idea es simplemente hacer un conjunto de ideas bajo los siguientes encabezados de dicho cuadro.

Las descripciones alternativas de fortalezas y debilidades pueden ser factores que son internos a una organización, y por lo tanto pueden ser controlados por la administración. Las oportunidades y limitaciones pueden ser vistas como factores externos que afectan el entorno en el que se está trabajando. Juntos forman el análisis FODA.

Cuadro 8.1. Categorías de análisis FODA

Categorías	Descripción
Fortalezas	Aquellas cosas que han funcionado. Cosas que uno se siente orgulloso de decir sobre el proyecto / situación / actividades.
Oportunidades	Ideas sobre cómo superar las debilidades y aprovechar las fortalezas.
Debilidades	Esas cosas que no han funcionado tan bien. Cuando las cosas podrían haber sido mejor.
Amenazas	Las restricciones que existen que reducen el rango de oportunidades de cambio.

Para cada aspecto, el grupo define, discute y registra tantos factores como sea posible. A partir de este análisis, emergen temas que deben abordarse y se pueden identificar objetivos y estrategias. También es una manera de revisar los avances en el abordaje de estos temas.

Análisis de marco lógico

Análisis de enfoque del marco lógico (EML) es una herramienta útil para la planificación de proyectos en ciertas situaciones. Es una forma de probar la lógica de un plan de acción analizándolo en términos de medios y fines. Esto ayuda a aclarar cómo las actividades planificadas ayudarán a alcanzar los objetivos, y a ser explícito sobre las implicaciones de llevar a cabo las actividades planificadas en términos de recursos, supuestos y riesgos. Ese enfoque porta elementos para poder analizar y evaluar los principales problemas, sus causas, efectos, y los objetivos que pueden proponer para su solución.

El análisis puede ser llevado a cabo por los planificadores del proyecto, un consultor o en técnicas participativas para involucrar al

personal, gerentes, socios y comunidades afectadas por el trabajo. El proceso de analizar un proyecto propuesto de esta manera puede ser un ejercicio particularmente útil para los directivos. El Marco Lógico es una herramienta que proporciona una estructura para especificar los componentes de un proyecto y los vínculos lógicos entre un conjunto de medios y fines. Es un medio por el cual un proyecto puede ser estructurado y descrito de una manera lógica.

Los objetivos y planes de acción para el trabajo deben establecerse primero usando un método apropiado. Esto puede ser hecho por los directores de programas y métodos participativos que involucren a los beneficiarios del proyecto, o por un consultor. El análisis de las partes interesadas y los árboles objetivos se usan a menudo en este escenario. Una vez diseñado el programa, el enfoque EML puede utilizarse para analizar la lógica de la relación entre su finalidad y las actividades propuestas.

Esto se hace presentándolo en una tabla, o matriz (cuadro 8.2), con las siguientes filas y columnas:

Cuadro 8.2. Matriz 4 X 4 del marco del proyecto en un EML

	Estructura del proyecto	Indicadores del proyecto	Medios de verificación	Supuestos y factores críticos
Propósito u objetivos más amplios				
Objetivos del proyecto				
Resultados				
Actividades (insumos)				

El proyecto se describe como una serie de hipótesis. En la columna 1 se plantean cuatro fases o pasos:

- Propósito u objetivo más amplio: Se refiere al objetivo o propósito y debe acompañarse de

una descripción sobre cómo el proyecto contribuirá a alcanzar ese objetivo.

- **Objetivo del proyecto:** Es el efecto deseado, o el impacto, del proyecto sobre la población objetivo, incluyendo cuánto tiempo tomará para lograr este cambio y quiénes serán afectados.
- **Resultados:** Son los resultados de las actividades del proyecto completadas, que están dentro del control de la gestión de proyectos, y que utilizan los insumos proporcionados y actividades realizadas
- **Actividades:** Es lo que realmente se hace con los recursos (insumos) necesarios, como dinero, materiales, personal y se realizan ciertos tipos de actividad, como la formación, necesarios para iniciar el proyecto y luego llevar a cabo las actividades.

Esos cuatro niveles representan los siguientes pasos de supuesto cumplimiento paulatino:

- Se realizan ciertas actividades, utilizando los recursos especificados. Si la lógica es correcta, entonces estas actividades resultarán en resultados específicos.
- Se supone que estos productos tendrán un efecto sobre los beneficiarios del proyecto, Y este efecto se conoce como el objetivo del proyecto.
- Además, se espera que el proyecto contribuya al objetivo más amplio o propósito (el objetivo general).

Y si todos los supuestos se cumplen, entonces se consiguen los resultados, el objetivo del proyecto y el propósito más amplio.

La columna 2 debe incluir los indicadores y valores. Para cada nivel de la estructura del proyecto (actividades, productos, objetivos del proyecto y propósito) debe haber una o más formas de medir el rendimiento.

Los indicadores permiten a los directores de proyectos tanto ver si el proyecto ha logrado lo que estableció en cada momento y nivel y poder tener una medida de este logro. Las actividades se miden en función de los indicadores de resultados. Por lo tanto, no hay necesidad de

poner cualquier indicador en la matriz en el nivel de actividades. Esto significa que los insumos necesarios para llevar a cabo las actividades pueden ser listados allí. (Esto es común en marcos lógicos utilizados por varias organizaciones donantes).

Incluyen el capital y el gasto corriente en la compra de equipo y un horario para cualquier capacitación del personal, u otras actividades que deben ser completadas antes de que el proyecto pueda comenzar. Por ejemplo, si los insumos son suministros anticonceptivos, equipo, etc., la cantidad necesaria y el costo deben ser incluidos en esta columna.

Indicadores de producto: Para los productos o resultados, los indicadores suelen ser numéricos y usualmente pueden ser registros existentes. Los indicadores de resultados pueden utilizarse como monitoreo y evaluación, pero es importante no ser demasiado rígidos sobre los objetivos. Pueden necesitar ser revisados a medida que el proyecto evoluciona. Indicadores de los objetivos del proyecto a menudo son más difíciles de identificar que los indicadores de resultados. Pueden ser cuantitativos o cualitativos, dependiendo de la naturaleza del objetivo.

Cuando el objetivo es lograr un cambio cualitativo, a veces es mejor utilizar Indicadores sustitutivos cuantitativos; los indicadores cualitativos son más apropiados.

Indicadores para el propósito u objetivo más amplio: El indicador clave para el objetivo u objetivo general de la muestra sería La reducción de la tasa de crecimiento de la población.

Si los indicadores son utilizados como objetivos, es mejor utilizar indicadores cuantitativos. Es importante que los objetivos se ajusten y revisen regularmente

La columna 3 incluye los medios de verificación. Debe haber una manera de medir o recopilar información sobre cada uno de los Indicadores. Esto se llama el "medio de verificación". Es importante identificar Las fuentes a partir de las cuales se puede recopilar información para verificar los indicadores. Si esto es difícil, costoso o demorado para verificar los

indicadores, puede hacerse mal si se hace en absoluto. Los recursos necesarios para la recolección de

La columna 4 incluye supuestos y factores críticos. Los supuestos que subyacen a un proyecto y los factores críticos necesarios para su éxito deben ser reconocidos y pensados en la fase de planificación, para ser realistas sobre lo que es factible. Son, en efecto, las incertidumbres que surgen durante la ejecución del trabajo. Generalmente son externos al proyecto y los responsables del proyecto tienen poco o ningún control sobre ellos.

Fortalezas del análisis de marco lógico

- Es una buena manera de verificar la lógica interna de un plan de proyecto y asegurar que las estrategias, objetivos y objetivos están vinculados.
- Hace que los planificadores piensen en cómo monitorearán y identificando indicadores al principio.
- Hace que los planificadores establezcan las suposiciones que están Factores críticos para el éxito. Esto es útil para estimular la discusión sobre el Factibilidad de las actividades.
- Reúne información clave en un documento y asegura que los objetivos del proyecto estén claramente definidos.
- Alienta a las personas a considerar cuáles son sus expectativas y cómo puede lograrse.

Debilidades del análisis de marco lógico

- La construcción de un marco de proyecto requiere tiempo y requiere de una formación considerable en los conceptos y la lógica del enfoque.
- El uso del marco del proyecto es relativamente complicado.
- Las personas están obligadas a resumir ideas y relaciones complejas en Frases que pueden no tener sentido.
- La lógica es muy occidental. El rígido concepto de «causa-efecto» puede ser ajeno a muchas culturas.

- Al centrarse en el "análisis de problemas", el proceso OOP puede ser bastante negativo. Se ha sugerido que el análisis de la capacidad (es decir, el análisis de los Habilidades que las personas tienen en lugar de lo que les falta) podrían ser Fomentar un enfoque más positivo. Alternativamente, análisis'.

- Existe el peligro de que los directores de proyectos se hagan demasiado rígidos en el establecimiento y cumplimiento de objetivos centrados en proyectos, o en la medición de indicadores. Esto significa que el proyecto puede volverse menos flexible y menos Cambios en la situación a medida que avanza el proyecto.

- Si se establecen objetivos poco realistas, el personal del proyecto puede No pueden cumplirse.

- El enfoque está realmente diseñado para proyectos a gran escala donde cada nivel (Entrada, salida, propósito, objetivo) es supervisado por un nivel diferente de gestión. Esto lo hace menos adecuado para un proyecto con una pequeña gestión Equipo, y puede fomentar un enfoque más jerárquico de la gestión de proyectos.

- Se hace hincapié en una evaluación cuantitativa del progreso, más que en un Mediante el uso de indicadores cuantitativos. Esto puede afectar la Los gerentes de la manera en que los gerentes piensan en el desarrollo.

Análisis costo-efectividad y costo beneficio

Efectividad es la capacidad de los servicios de salud para aportar resultados que influyan positivamente en un evento, problema o riesgo de salud. Se asume que estos resultados son la consecuencia de la intervención. Se cuenta con una serie de tipos de evaluación económica que relacionan costos involucrados en determinadas intervenciones, con los resultados logrados en salud. Esto último puede ser expresado en términos de eventos o condiciones de salud, o bien como costos monetarios.

Su finalidad es orientar el mejor modo de utilizar el relativo escaso recurso existente, orientando a una distribución más eficiente del recurso, más concentrada en aquellas intervenciones que son

más efectivas y beneficiosas respecto al recurso aportado.

Análisis costo-efectividad

El análisis de la efectividad en función de los costos estima los recursos o insumos en términos monetarios, pero los resultados sanitarios son estimados y analizados en términos cuantitativos no monetarios. Lo último requiere de una valoración epidemiológica (con la debida evidencia) que permita determinar si los resultados obtenidos post intervención son efectivamente atribuibles a la intervención realizada.

En los análisis de costo-efectividad, los resultados o beneficios sanitarios atribuibles a la intervención bajo evaluación, son expresados en unidades epidemiológicas de enfermedad, muertes, discapacidad o limitación de calidad de vida. El análisis de costo-efectividad permite comparar distintas alternativas de costos menores para lograr similares resultados en salud, o bien obtener mayor resultado de salud con similares costos.

Este tipo de análisis tiene la limitación de utilizar sólo uno o escasos indicadores de resultados en salud (usados como indicadores trazas o aproximaciones a una realidad más amplia en salud). Ello contrasta con la realidad de múltiples dimensiones de la salud y de los múltiples factores determinantes que inciden en las condiciones de salud en un determinado grupo de la población. Por lo tanto, el impacto atribuible a una determinada intervención es salud puede ser bastante relativo.

Ello significa que el análisis económico de base matemática sin una comprensión adecuada del contexto sanitario global (tanto de los servicios de salud como de las condiciones de salud en la población) puede resultar sesgado en cuanto a atribuir resultados estrictamente relacionados con los costos y recursos invertidos en dicha intervención.

Ello también puede servir para expresar una “eficiencia económica”, entendida como la eficiencia en la relación entre los recursos financieros (y humanos y materiales transformados en unidades monetarias)

invertidos para alcanzar uno o varios objetivos de salud fijados socialmente (eficiencia de asignación).

Análisis costo-beneficio

El análisis de costos-beneficio mide tanto los recursos (insumos) involucrados como los resultados, estimados en términos monetarios. Las consecuencias o resultados atribuibles a la acción o intervención realizada por los servicios de salud se estiman en términos monetarios y luego se contrastan con costos monetarios. Ello lleva a estimar la ganancia monetaria neta en la razón de costo-beneficio.

En el enfoque costo-beneficio o eficiencia económica, se busca evaluar y en consecuencia recomendar priorizar que se lleven a cabo aquellos programas o acciones cuyos beneficios (positivos) excedan a los costos (que afectan negativamente a las personas).

Otras técnicas prácticas

Luvia de ideas (brainstorming)

Proceso de trabajo grupal no estructurado formalmente, que busca generar numerosas ideas en conjunto, en un ambiente creativo y de libre pensamiento, lo que aporta las ideas más relevantes y luego se refinan de un modo colectivo.

Método Delphi

Proceso de consulta iterativa a expertos (rondas de preguntas, vía virtual y anónima) que busca llegar paulatinamente al consenso de las contribuciones de todo el grupo, sobre un determinado tema.

Es útil frente a situaciones de incertidumbre o cuando se carece de información objetiva, y se logra tener un juicio colectivo y consensual de expertos.

Diagrama de causa-efecto (Ishikawa)

Es una herramienta que organiza un gran número de ideas en función de afinidad, es decir, de las relaciones que existen entre ellas.

Es una técnica de análisis de causa y efectos para la solución de problemas, que relaciona un efecto con las posibles causas que lo provocan. Se utiliza

para cuando se necesite encontrar las causas o raíces de un problema.

Simplifica enormemente el análisis y mejora la solución de cada problema, ayuda a visualizarlos mejor y a hacerlos más entendibles, toda vez que agrupa el problema, o situación a analizar y las causas y sub causas que contribuyen a este problema o situación.

Diagrama causa-efecto o también llamado diagrama Ishikawa o espina de pez es la representación gráfica y sencilla a modo de mapa mental, donde se ve rápidamente y de forma clara cuáles son las causas, problemas o espinas a analizar, y cómo se relacionan con el problema o efecto. Con esta herramienta de análisis bien elaborada podemos detectar la relación entre un indicador de calidad y los factores que contribuyen a su existencia

Diagrama de afinidad

Es una herramienta que organiza un gran número de ideas en función de afinidad, es decir, de las relaciones que existen entre ellas

Lista de verificación (Check list)

Esta técnica es muy útil en el análisis de datos para encontrar oportunidades de mejorar. Se puede realizar utilizando registros rutinarios de información primaria recolectada, para revisar causas y frecuencias de ciertos eventos (como reclamos en libro de quejas).

Benchmarking

Proceso sistemático de comparar la calidad observada de una condición o proceso con los que se espera como nivel de excelencia o de mejor práctica, lo que se asume como patrón de referencia.

Evaluación externa formal, con consultorías

El uso de consultores y empresas externas para evaluar los servicios de salud permite en general contar con mayor experiencia en el tema y capacidad de evaluación. Tiene además otra serie de ventajas entre las cuales destaca la mayor objetividad de su análisis, conclusiones y recomendaciones, una visión más fresca de la institución y de los aspectos a evaluar, con menos prejuicios y restricciones a una objetiva opinión que pudiese existir en la cultura interna de la

institución o a las restricciones de relacionadas con el poder interno.

Pueden funcionar como un cierto juez evaluador independiente y objetivo (aunque no amenazante) y que además tengan un rol facilitador para incorporar las recomendaciones de la evaluación en un mayor aprendizaje y desarrollo de la institución.

Entre las limitaciones destaca que en general son costosas y el proceso de contratación puede tomar tiempo; pueden no conocer suficientemente la institución, lo que puede a su vez limitar una visión más integral de lo evaluado; pueden ser percibidos como una amenaza por el personal interno y una vez que terminada su evaluación dejan la institución.

La consultoría y evaluación externa formal puede ser mucho más integral y útil para la institución si es que logre que se conformen equipos mixtos (con personal externo e interno) que participen en las diversas fases del proceso. El personal interno conoce más a cabalidad la situación y funcionamiento interno, mientras que participantes externos que sean expertos en evaluación, pueden aportar mayor objetividad (por independencia de las influencias de las autoridades internas) y su capacidad de análisis sobre los problemas internos y sus causas, así como sobre los obstáculos que impiden una adecuada solución.

Casos de estudio

La presentación de experiencias en el desarrollo de determinados programas o proyectos expresadas como casos de estudio, tiene gran utilidad como referencia empírica y como difusión de lecciones obtenidas, especialmente en programas que se inician o en proyectos piloto. La comparación de varios casos puede ayudar a identificar patrones programáticos.

Tienen gran utilidad cuando los programas se están desarrollando en diversos sectores geográficos y socioeconómicos, utilizando diversas estrategias para cumplir sus objetivos, aunque su aporte es circunscrito a la difusión de las experiencias.

Sitios centinelas

Cuando existen múltiples sitios de programas ubicados en múltiples sectores geográficos, la vigilancia y el monitoreo pueden resultar complejos si se refieren a un censo de todos los lugares.

En la medida que las tendencias epidemiológicas (como estado nutricional o enfermedades comunicables relevantes) y de provisión de servicios (como cobertura de actividades específicas) sean relativamente similares, se pueden escoger algunos lugares o centros, asumidos como relativamente representativos de sectores, y ser seguidos con más profundidad.

Es un modo de seguimiento costo-efectivo, y tiene mayor utilidad cuando lo que ocurre en los sitios centinelas también ocurre en los sitios no incluidos en el seguimiento.

REFERENCIAS

1. Save the Children Fund, 2003 "Toolkits. A practical guide to planning, monitoring, evaluation and impact assessment".
http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Toolkits_A_practical_guide_to_planning_monitoring_evaluation_and_impact_assessment2003.pdf
2. IPPF (2012). Putting the IPPF Monitoring and Evaluation Policy into practice A handbook on collecting, analyzing and utilizing data for improved performance. International Planned Parenthood Federation.
<https://www.ippf.org/resource/putting-ippf-monitoring-and-evaluation-policy-practice-handbook>
3. The Global Fund (2011) Chapter Part 5. Health and Community Systems in "Monitoring and Evaluation Toolkit. HIV, Tuberculosis, Malaria and Health and Community Systems Strengthening" © 2011 The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
4. UNICEF (1990) A UNICEF Guide for Monitoring and Evaluation. Making a Difference? UNICEF Website, methodologies, downloaded on 05/07/96.

9. GESTIÓN CLÍNICA

Es el proceso de liderazgo y toma de decisiones enfocadas en sistematizar y coordinar al equipo que realiza práctica clínica en un establecimiento, buscando lograr una adecuada participación y calidad de atención del equipo asistencial (incluyendo eficacia y eficiencia) de salud, para el mejor beneficio o impacto posible a las personas usuarias.

GESTIÓN CLÍNICA

A diferencia de otras empresas productivas, los establecimientos clínicos producen en general bienes y servicios específicos que se adaptan de modo individual, para poder responder de un modo pertinente a las necesidades y condiciones que presenta cada persona consultante. Esos bienes y servicios se entregan a través de una práctica clínica individual y por tanto se produce una variabilidad en la práctica clínica de los profesionales asistenciales.

El concepto de gestión se relaciona con un enfoque operacional de la institución, y por tanto no se restringe a una determinada definición académica. La gestión clínica puede ser entendida como el proceso de liderazgo y toma de decisiones enfocadas en sistematizar y coordinar al grupo de profesionales que realiza práctica clínica en un establecimiento, buscando lograr una adecuada participación y calidad de desempeño de ese equipo asistencial. Se busca asegurar una atención efectiva, eficiente y de alta calidad, que pueda producir efectivos resultados tanto a nivel individual de usuarios como colectivo en la población objetivo. (1-3)

La gestión clínica puede abarcar la práctica clínica de todo un establecimiento asistencial, o bien a una unidad o servicio clínico configurado en su interior.

En cada atención de salud, la decisión y práctica clínica resulta original y adaptada al paciente y su motivo de consulta. Por lo tanto y a diferencia de empresas productivas industriales, no se producen atenciones exactamente iguales entre consultantes (aunque en otros momentos, la realice el mismo profesional al mismo usuario consultante). Sin embargo, esa variabilidad está sujeta a la buena práctica clínica, la que a su vez requiere ser basada en capacidad y competencias profesionales, así como apoyada por protocolos y

guías clínicas, de un modo actualizado y basado en la evidencia. (1,4)

En el quehacer profesional clínico cotidiano, especialmente en el caso de consultas de morbilidad, los médicos enfrentan situaciones inciertas de salud en casos que se requiere de apoyo diagnóstico como laboratorio o imagenología, en cuadros cuya sintomatología y signos no se expresan claramente o bien puede ser difícil establecer un diagnóstico diferencial. Una misma enfermedad puede tener un amplio rango de manifestaciones, desde ser asintomática hasta adquirir una gravedad de compromiso vital. (3)

Es importante que quienes tienen un rol gerencial en el área clínica tengan competencias tanto gerenciales como clínicas. En el caso de centros ambulatorios de baja complejidad, la experiencia clínica del profesional clínico puede resultar suficiente para manejar y coordinar un grupo de personal asistencial en el centro o alguna unidad clínica interna. Pero se requiere el mejor conocimiento y competencia clínica posible (no se necesita capacidad total de capacidad resolutoria, sino que lo que se espera resuelva un médico general); además, es esencial conocer y difundir todas las pautas de buena práctica clínica que provienen de los protocolos y guías clínicas, así como la evidencia actualizada disponible para asegurar el efectivo quehacer de un médico general y el equipo del personal de salud. (1)

La gestión también debe procurar que se cuente con el recurso de apoyo diagnóstico y terapéutico que debe haber en los centros de APS y hospitales de baja complejidad, y que los procesos de apoyo diagnóstico y terapéutico se cumplan de modo eficiente y efectivo, ya que eso es esencial para la buena práctica clínica.

La gestión clínica se enfoca entonces tanto en el quehacer del personal de salud, por un lado, como en la calidad de la atención en los pacientes

por otro, quienes requieren de una respuesta efectiva, eficiente, humanitaria y satisfactoria para sus necesidades sanitarias. Dado que los centros asistenciales públicos tienen frecuentemente limitaciones de recurso y desempeño, eso repercute en la práctica clínica. Esta situación plantea desafíos permanentes a los gerentes de áreas clínicas, no siempre posibles de resolver y muchas veces las limitaciones clínicas son secundarias a faltas de personal o presupuesto, o recursos de apoyo diagnóstico y terapéutico. (1,5)

La imposibilidad temporal de pacientes de ser atendidos en centros de mayor nivel en virtud de referencia solicitada por interconsulta (aquellos incluidos en listas de espera), mantiene a esos pacientes dependientes de la atención de medicina general del centro de NPS, de que su problema de salud excede la capacidad resolutoria local.

Por ello, el monitoreo y evaluación de la gestión y práctica clínica requiere enfocarse en la buena práctica esperada, así como en la eficiencia y efectividad del personal clínico, analizando las causas de quehacer y competencias clínicas y diferenciando las limitaciones que no obedecen a la gestión y práctica clínica, sino que se deben a factores de recurso o desempeño que escapa de la responsabilidad clínica. (5)

La gestión clínica requiere sustentar un modelo de práctica clínica basada en la evidencia y a una cultura de la organización de trabajo cooperativo. Como en los centros asistenciales de APS y otros del SNSS hay recambio frecuente de personal, es importante mantener una capacitación permanente del personal nuevo que se integra. A su vez, también se requiere motivar para una capacitación actualizada de aquellos profesionales clínicos que llevan demasiado tiempo en un mismo centro y tienen riesgo de obsolescencia no auto percibida en su práctica clínica cotidiana. (6,7)

El conocimiento médico y su aplicación práctica está permanentemente cambiando o incorporando frecuentes avances (como es el caso de medicamentos, laboratorio o tecnología informática) lo que requiere de actualización periódica. Ello puede ser ayudado por apoyo

técnico, normativo y de recursos desde los niveles de autoridades sanitarias regionales y nacionales. Ello también implica la necesidad de mantener programas de mejora continua de calidad asistencial. (5-7)

La gestión clínica tiene el desafío de permitir que los profesionales clínicos mantengan su relativa autonomía de decisión para realizar sus actividades asistenciales y en el trato a los pacientes, y al mismo tiempo asegurar que el equipo de salud funcione integrado y coordinado y que el proceso global se realice con una adecuada calidad, desde la perspectiva de los profesionales y de los pacientes. Ello también implica evitar iatrogenia, para lo cual se requiere sistemas de vigilancia específicas de eventuales complicaciones clínicas.

También se requiere coordinación e integración con los otros tipos de gestión específica y la gestión global, incluyendo participación en el plan estratégico de la organización, obtención y uso de recursos financieros necesarios y los programas de mejoramiento global de calidad. (8)

COMPETENCIAS CLÍNICAS

Como esencia de la buena práctica en el quehacer médico, la competencia clínica es la parte básica de la formación profesional del médico para realizar una atención médica de calidad, integral, y coherente con la necesidad de salud en una determinada persona y momento, que debe enfrentar e intentar resolver.

En base a esa competencia clínica, se espera que un médico sea capaz de:

- Ser técnicamente competente en el uso de sus conocimientos y habilidades, incluyendo el poder comunicarse con los pacientes y con otros profesionales de la salud de un modo efectivo y eficiente.
- Entender y contribuir a todas las etapas asistenciales, incluyendo la promoción, prevención, curación, rehabilitación y apoyo paliativo; adaptado a la cultura, valores y necesidades individuales de cada paciente
- Tener un conocimiento científico suficiente y actualizado, aplicable a la práctica médica, lo

que incluye el uso de apoyo diagnóstico y terapéutico y el conocimiento de lo que es efectivo en las situaciones asistenciales concretas que enfrenta.

- Mantener una actualización constante de conocimiento y ser capaz de manejar la incertidumbre respecto a las eventuales causas, tratamiento y pronóstico de cada paciente.

En la actividad clínica, las competencias debieran poder realizar de modo adecuado, acciones como el desarrollo de la historia clínica, el examen físico, la petición de órdenes de exámenes y la planificación y descripción de un plan de manejo y seguimiento del paciente, registrado en la ficha clínica. Ello incluye una adecuada comunicación con el paciente.

En la competencia clínica destacan los siguientes aspectos:

- Habilidades clínicas, para una adecuada obtención de información al interrogar y examinar pacientes e interpretar el significado de lo que se trata en cuanto al problema y su solución, desde la perspectiva clínica.
- Conocimientos teóricos y empíricos que le faciliten aplicar un adecuado conocimiento acerca del problema clínico, la posibilidad de un tratamiento efectivo y oportuno, y el pronóstico más probable.
- Atributos interpersonales que le permitan una adecuada comunicación con los pacientes y con otro personal del equipo de salud. Hay habilidades que son innatas, como es el caso de la capacidad para resolver problemas imprevistos y a comunicación efectiva en el ambiente de trabajo y social de trabajo.
- Solución de problemas y juicio clínico: la aplicación del conocimiento relevante, habilidades clínicas y atributos interpersonales para el diagnóstico, investigación y manejo de los problemas de un paciente dado, incluyendo el tratamiento, interconsulta y seguimiento post atención.
- Habilidades técnicas para realizar los procedimientos y técnicas específicas más adecuadas y oportunas para el tratamiento de

los pacientes y también para realizar investigación sobre esa experiencia.

Algunas de estas competencias clínicas provienen de la educación de pregrado (conocimientos, habilidades, técnicas, eficiencia bajo estrés y uso efectivo del tiempo), mientras que otras se adquieren progresivamente por capacitación continua o estudios de postgrado. Además, hay habilidades personales que no mayormente influidas por la educación, como es el caso de los hábitos y conductas éticas, la responsabilidad y las actitudes personales.

CAPACIDAD RESOLUTIVA Y REFERENCIA DE MORBILIDAD

La función de respuesta de la APS a las necesidades de atención – en lo que respecta a demanda por motivos de enfermedad – requiere que cada centro asistencial cuente con las debidas condiciones de estructura y desempeño en el nivel primario, con las necesarias competencias del personal asistencial. Con esta base, se espera que haya una “capacidad resolutive” apropiada y suficiente para cada centro. (3,6)

La determinación operacional de capacidad resolutive varía según cada contexto de sistema de salud. Al nivel primario le corresponde resolver lo que está bajo su competencia local, filtra la demanda atendida, y determina lo que escapa de su competencia y por tanto debe ser referido a otros niveles. La derivación se ordena a través del sistema de referencia de morbilidad, que incluye el retorno o contrarreferencia de pacientes derivados a niveles más complejos.

Una aproximación más simple para estimar capacidad resolutive local es considerar la proporción de consultas cuyo motivo de enfermedad indica solicitar interconsulta a otros niveles, asumiendo que la capacidad sería la proporción de pacientes que no recibieron indicación de interconsulta. Esta aproximación – basada sólo en proporción de atención de pacientes que no recibieron solicitud de interconsulta – es limitada y está afectada a eventuales sesgos importantes. (3)

Hay diversos factores que influyen en el destino de pacientes luego de una atención de

morbilidad. Dicho destino es decidido por el médico que atiende cada consulta, en base al pronóstico y necesidad de ulterior tratamiento de cada persona atendida, que percibe en ese momento el profesional tratante. El destino esperado puede asumir:

- Se espera resolución o mejoría probable luego de la atención y sus indicaciones.
- Se indica repetir consulta.
- Se considera que la causa de consulta no puede ser resuelta en ese nivel y que no tiene posibilidad terapéutica de mejoría (no necesariamente es algo patológico o grave).
- Se considera que la causa de consulta no puede ser resuelta en ese nivel, pero sí en otros niveles más complejos, por lo cual se solicita formalmente una interconsulta. (5)

Independiente de la capacidad resolutoria y destino esperado respecto a la causa misma de consulta, se puede solicitar interconsulta a otros niveles, por otros motivos que no fueron los que originaron la demanda de consulta.

GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA

Las Guías de Práctica Clínica (GPC) pueden ser entendidas como afirmaciones o sentencias sistemáticamente desarrolladas para ayudar a los médicos y a los pacientes en las decisiones sobre la apropiada asistencia de salud que requiere una determinada situación clínica (2,7).

Tres puntos críticos están desarrollados en la definición: la asistencia tanto a médicos como a los pacientes, el uso apropiado de los servicios y la especificidad sobre determinados problemas clínicos. Ese concepto se basa en la evidencia científica y la información relevante. De esta manera, la validez de una CPG se va a definir en términos de resultados, de costes o de salud y en la fuerza de asociación entre las recomendaciones clínicas y la evidencia científica en las que se fundamenta.

Las GPC constituye una fuente de información para los políticos y gestores sobre el uso apropiado o no, de intervenciones en el ámbito de la salud. Pueden ser utilizadas para la

asignación de recursos en países con sistemas de salud públicos, y en los sistemas básicamente privados, para autorizar el reembolso en determinadas intervenciones y situaciones. Existen otros aspectos donde, además, las GPC tienen una utilidad relevante, por ejemplo: en asuntos legales, educación-formación continuada y en el establecimiento de prioridades en investigación.

Al igual que ocurre con el fenómeno de la medicina basada en la evidencia, existe un interesante debate sobre las GPC, que se refleja en el modo que se las llega a denominar: libro de recetas médicas, ello es probablemente producto del recelo implícito que suscitan en la profesión médica por el potencial peligro para su libertad de prescripción y de decisión. A pesar de las diferentes acepciones que puedan recibir de sus detractores, existen una serie de elementos positivos comunes que caracterizan a las GPC:

Con el establecimiento del Régimen de Garantías o Salud o Plan AUGE o GES en 2004, se favoreció que frente al conjunto de enfermedades priorizadas y seleccionadas (por su alto impacto sanitario y social) se cumpliera con la confirmación diagnóstica y tratamientos estandarizados para esas enfermedades, cumpliendo además con las condiciones exigibles de acceso, oportunidad, calidad y cobertura financiera.

En consecuencia, el Ministerio de Salud ha producido una serie de Guías de Práctica Clínica (GPC) para las enfermedades cubiertas GES. Estas Guías son un conjunto de recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar a profesionales y a pacientes a tomar decisiones sobre la atención sanitaria más apropiada, y a seleccionar las opciones diagnósticas o terapéuticas más adecuadas a la hora de abordar un problema de salud o una condición clínica específica. Según el Manual Metodológico de Guías de Práctica Clínica (MINSAL 2014), es posible identificar las principales barreras e intervenciones que se pueden adoptar para evitar barreras locales a una Guía de Práctica Clínica (Cuadro 9.1). (7)

Cuadro 9.1. Estrategias que se pueden adoptar para evitar barreras locales a una Guía de Práctica Clínica (GPC)

Barrera	Estrategias o intervenciones
Desconocimiento de la existencia de la GPC	Objetivo: Asegurar la diseminación de la GPC que se pretende implementar. • Evitar la sola difusión pasiva del texto. Apoyarse en sesiones de presentación y discusión activa del documento con el equipo de salud. • Diseminarla como un documento oficial de la institución, reconocido y firmado formalmente por sus directivos. • Reproducir la GPC en cantidades apropiadas y asegurar su presencia en lugares de consulta permanente cercanos al lugar de atención de público.
Falta de familiaridad de los potenciales usuarios con las GPC en general	Objetivo: Que los usuarios asimilen los conceptos básicos de la Atención de Salud Basada en Evidencias y el rol de las GPC en ese contexto. • Incorporar aspectos metodológicos dentro de los contenidos de la GPC. • Difundir las fuentes de GPC disponibles en Internet sobre distintas especialidades.
Desacuerdo con el concepto de GPC como tal	Objetivo: Que los usuarios valoren las distintas funciones que pueden cumplir las GPC dentro de la gestión clínica y la flexibilidad de las mismas. • Velar porque la formulación o adaptación local de las GPC se realice consensuadamente, en función de objetivos compartidos entre el equipo de salud y los directivos locales. • No imponer conductas clínicas basadas exclusivamente en el consenso, sin que la evidencia científica sea concluyente. • Reconocer y dar cabida a formas alternativas de manejo cuando exista un rendimiento individual documentado superior al promedio.
Falta de autosuficiencia	Objetivo: Que todos los profesionales a los que va dirigida la GPC posean las destrezas y conocimientos necesarios para aplicar sus recomendaciones. • Desarrollar estrategias de capacitación sobre procedimientos nuevos y otros incluidos en la GPC. • Incorporar en la GPC información adicional, ej. anexar protocolos sobre procedimientos, pautas de administración de medicamentos, etc.
Falta de expectativas sobre los resultados	Objetivo: Que los profesionales adquieran una noción clara de la efectividad de las intervenciones recomendadas en la guía y del potencial impacto local, regional o nacional de aplicarlas. • Incorporar en la GPC datos cuantitativos objetivos sobre la efectividad de las intervenciones (ej. medidas de riesgo, razones de probabilidad, estudios de evaluación de impacto de programas de salud). • Evaluación de indicadores domésticos y análisis de brechas respecto de estándares nacionales u otros aportados por la literatura, en los ámbitos cubiertos por la GPC.
Inercia de la práctica previa	Objetivo: Vencer actitudes de pasividad frente a la introducción de nuevas prácticas. • Solicitar a líderes locales que apoyen la adopción de las nuevas prácticas sirviendo como ejemplo al resto. • Documentar los problemas que la GPC busca resolver (variabilidad, uso inapropiado).

	• Difundir resultados que muestren cómo se ha ido implementando la GPC (retroalimentación).
Barreras relacionadas con la GPC	Objetivo: Facilitar la asimilación de los contenidos de la guía. • Utilizar GPC basadas en evidencia. • Utilizar GPC breves y de fácil lectura.
Barreras relacionadas con el entorno	Objetivo: Crear condiciones que faciliten la implementación de la guía en el medio de trabajo concreto. • Verificar que las recomendaciones de la GPC son factibles de financiar por el establecimiento. • Verificar que los flujos de manejo y de derivación de los pacientes recomendados por la GPC son factibles de llevar a cabo en las condiciones existentes (ej. disponibilidad de exámenes de apoyo).

Fuente: Manual Metodológico de Guías de Práctica Clínica, MINSAL 2014 (7)

En el grupo de patologías del Programa GES que podrían ser tratadas en establecimientos de nivel primario, de acuerdo con su capacidad resolutive de medicina general, destacan:

- Salud oral Integral para adultos de 60 años: Prevención y tratamiento de caries radicales
- Asma bronquial en adultos
- Atención Odontológica integral de la embarazada
- Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años
- Depresión en personas de 15 años y más
- Diabetes Mellitus tipo 2
- Diagnóstico y Tratamiento del Asma en el menor de 15 años
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica de Tratamiento Ambulatorio
- Epilepsia en el adulto
- Epilepsia en el niño
- GPC Enfermedad de Parkinson
- Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 años y más
- Infección Respiratoria Aguda Baja de manejo ambulatorio en menores de 5 años
- Manejo y tratamiento de la infección por virus de la Hepatitis B (VHB)

- Manejo y tratamiento de la infección por virus de la Hepatitis C (VHC)
- Neumonía Adquirida en la Comunidad de Manejo Ambulatorio en personas de 65 años y más
- Prevención enfermedad Renal Crónica
- Salud oral Integral para adultos de 60 años
- Salud Oral integral para niños y niñas de 6 años
- Tratamiento de erradicación del *Helicobacter pylori*
- Urgencia odontológica ambulatoria
- Diabetes Mellitus tipo 1

REFERENCIAS

1. Aguilera M. y Prieto A. (2014) Gestión Clínica en Atención Primaria; retos de la gestión integrada. Escuela Nacional de Sanidad. España
http://e-spacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:500949/n13.02_Gestion_Cl_nica_en_atencion_primaria.pdf
2. Ortún G. (2003) Capítulo 6. Claves de gestión clínica, en "Gestión Clínica y sanitaria. De la práctica diaria a la academia, ida y vuelta". Elsevier Masson
https://www.upf.edu/documents/2984046/o/LibroGestClinSan_IdaVuelta.pdf/5314bdf1-d3c2-bcd2-9656-obf6cd058293
3. Costa XC., Sarrado JJ., López Vicente P. (2007) La atención primaria y el poder resolutive del

- sistema de salud: un estudio desde los profesionales. Revista de atención primaria. Vol. 39. Núm. 8. páginas 411-416 (Agosto 2007)
- <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-primaria-el-poder-13108615>
4. Gattini C. (2019) Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos. OCHISAP Escuela de Salud Pública FM Universidad de Chile.
- http://www.ochisap.cl/images/ene20/APS_en_Chile_e_Internacional_Gattini_OCHISAP_2019.pdf
5. Temes JL. (2001) Gestión clínica, ventajas e inconvenientes. Arbor CLXX, 670 (Octubre 2001), 363-370 pp
- <http://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/931>
6. Quecedo L., J. I. Orive JI., del Llano J., Roses M.R., F. Gilsanz F. (2001). Herramientas de gestión clínica (I): guías de práctica y vías clínicas. Act. Anest. Reanim. (Madrid) Vol. 11. N.º 3, pp. 94-103, 2001
- <http://www.fgcasal.org/publicaciones/lqi.pdf>
7. Ministerio de Salud (2014). Manual metodológico. Desarrollo de Guías de Práctica Clínica. MINSAL 2014
- <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/496>
8. Juárez S. (2010) 9. Gestión por procesos. Capítulo 9. Gestión de operaciones logísticas en el aprovisionamiento sanitario. Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. En “Necesidad de nuevas formas y herramientas de gestión sanitaria” Ed. Centro de Estudios Financieros.
- <https://www.gestion-sanitaria.com/9-gestion-procesos.html>

10. GESTIÓN DE PROCESOS

La gestión por procesos es un tipo de gestión y una estrategia organizacional orientada a alcanzar la eficiencia dentro de los procesos productivos de la institución, en torno a la calidad total y enfocada en el usuario. Busca contribuir a mejorar esos procesos y su interrelación y a los resultados logrados, evitando o reduciendo la innecesaria variabilidad clínica e ineficiencias en el desempeño, el consumo inapropiado de recursos y el menor cumplimiento del desempeño de cada centro.

PROCESOS DE LOS CENTROS ASISTENCIALES

Los centros asistenciales de nivel primario, aunque tengan una relativa menor complejidad tecnológica, enfrentan una compleja y diversa tarea de atender a múltiples pacientes con problemas de salud muy distintos, a los cuales se debe proporcionar servicios que requieren de diverso apoyo diagnóstico y terapéutico y contar oportunamente con los recursos y procesos de apoyo necesarios para realizar una atención efectiva. (1)

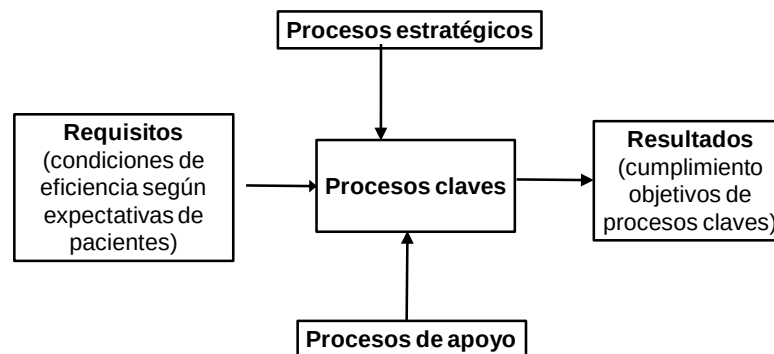
Esa complejidad y diversidad de procedimientos y procesos requieren tener la máxima coordinación e integración, lo que hace necesario

contar con una adecuada y dinámica gestión de procesos.

Proceso es el conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas específicas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga más plenamente los requerimientos del usuario. (1-4)

En general, en cada proceso participan distintas personas y con distintas funciones (por ejemplo, todas las actividades necesarias para que se realicen los exámenes y diagnósticos de laboratorio). Cada institución define sus procesos que serán definidos, aplicados y controlados. Dentro de un mismo proceso, existen varios procedimientos y actividades involucradas. (1,5)

Figura 10.1 Modelo para agrupación de procesos en mapa de procesos



En el funcionamiento de los centros asistenciales, se tiende a considerar tres tipos de procesos (figura 10.1):

- Procesos “claves o “críticos”, que son aquellos que están más relacionados con la producción clínico-asistencial misma. Por ejemplo, consultas, controles, inmunización.
- Procesos “estratégicos” o de “gestión”, que son aquellos que realiza la organización y gestión de cada centro de salud para apoyar el buen funcionamiento de aquellos procesos clave. Para ello facilitan guías, líneas estratégicas o

normas a seguir para los procesos de la organización. Por ejemplo, la capacitación o desarrollo del personal, planificación estratégica, mejora continua, implantación de sistemas de calidad.

- Procesos de “apoyo” o “soporte”, que son aquellos que sirven de apoyo tanto a los servicios clínicos finales como a los procesos clave. Por ejemplo, procesos de laboratorio, farmacia, transporte, seguridad, servicios generales. (1,2)

En cada proceso participa un equipo o grupo de personas (propietarios o responsables del proceso) que, en base a sus conocimientos y recursos, realizan una serie de actividades que se interrelacionan y permiten que a partir de una “entrada” (recursos o aportes previos) produzcan una “salida” o resultado del proceso. Ello aporta la utilidad a los destinatarios del proceso, que pueden ser clientes internos (el propio personal) o externos (las personas usuarias). (1-3)

GESTIÓN DE PROCESOS

La gestión por procesos es un tipo de gestión y una estrategia organizacional orientada a alcanzar la eficiencia dentro de los procesos productivos de la institución, en torno a la calidad total y enfocada en el usuario. Por ello, también es considerado un sistema de gestión específico que contribuye a la calidad orientada a la excelencia, usando del mejor modo a los recursos y el desempeño para buscar obtener los mejores resultados. Ello incluye lograr efectividad, eficiencia, satisfacción de profesionales y usuarios y con impacto social. (1,2)

La gestión de procesos también busca reducir la variabilidad innecesaria que se produce en la prestación de determinados servicios, y trata de eliminar las ineficiencias asociadas a dicha variación, el consumo inapropiado de recursos, y el menor cumplimiento de los objetivos esperados. Con ello se busca contribuir a mejorar esos procesos y a los resultados logrados. (1,2)

En todos los centros se realiza gestión de procesos, aunque eso sea considerado más bien informal o considerado como un componente implícito entre las tareas de que ejerce la dirección.

Los resultados pueden ser más eficientes si se considera las actividades agrupadas entre sí. El enfoque basado en procesos contribuye a:

- Definir de manera sistemática las actividades que componen el proceso.
- Identificar la interrelación con otros procesos.
- Definir las responsabilidades respecto al proceso.

- Analizar y medir resultados de la capacidad y eficacia del proceso.

- Centrarse en recursos y métodos para la mejora del proceso.

Una gestión competente y apoyada por útiles herramientas aplicada a los distintos procesos involucrados en la producción asistencial contribuye a:

- Adecuado uso del recurso para el desempeño en torno a objetivos
- Mayor eficiencia y costo-efectividad
- Cumplimiento de metas y respuesta a necesidades asistenciales de la población
- Uso del control, monitoreo y evaluación para una dinámica y efectiva gestión
- Sostenibilidad global de los recursos y del desarrollo de procesos
- Mejoría de calidad de estructura, procesos y resultados
- Mayor foco en el impacto asistencial y satisfacción de los usuarios

La gestión de la calidad que se realiza bajo el enfoque de procesos contribuye a:

- Enfoque al cliente
- Liderazgo
- Participación del personal
- Enfoque basado en procesos
- Enfoque de sistema para la gestión
- Mejora continua.
- Enfoque basado en hechos para la toma de decisión
- Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor

La metodología utilizada en la gestión de procesos describe y analiza de modo sistemático, toda la secuencia de las actividades y procesos, representados a través de mapas de procesos. (4,5)

Para efectos operacionales de realizar mapas de procesos y proponer su mejora y monitoreo, cada proceso requiere tener algunas características:

- Ser claramente definido, incluyendo el flujo (secuencia de actividades), los métodos para realizar esas actividades (como el uso de protocolos o procedimientos), tener un plan control, y metas a conseguir con el adecuado ejercicio del proceso.
- Su aplicación debe ser reproducible.
- Cada vez que se realiza, sus resultados son predecibles. (2)

Para estudiar adecuadamente al conjunto de procesos, su cadena de procedimientos e integración destaca la utilización de (1) los diagramas de flujos, que indican la secuencia de actividades y los equipos que las realizan; y (2) los mapas de procesos, que representan los diagramas de flujos más los encargados de participar y lo que se debe lograr en cada punto del proceso.

El diagrama de flujo permite:

1. Ver en forma gráfica, la secuencia, interrelaciones y responsabilidades de los procesos.
2. Detectar puntos críticos afectos a control y detección de ineficiencias.
3. Identificar las relaciones entre responsables y clientes (internos o externos) de cada proceso.
4. Uso de un lenguaje que sea relativamente sencillo y fácil de interpretar. (4,5)

Los resultados pueden ser más eficientes si se considera las actividades agrupadas entre sí. Ese enfoque basado en procesos contribuye a:

- Definir de manera sistemática las actividades que componen el proceso.
- Identificar la interrelación con otros procesos.
- Definir las responsabilidades respecto al proceso.
- Analizar y medir los resultados de la capacidad y eficacia del proceso.
- Centrarse en los recursos y métodos que permiten la mejora del proceso (1,2)

Los métodos de revisión y análisis de los procesos, junto a los problemas o ineficiencias detectados, contribuyen a adoptar las medidas tendentes a la mejora continua de los procesos. Es importante analizar las causas y soluciones a los problemas detectados, junto a la prioridad y factibilidad de su solución.

Las medidas que se planea implantar para mejorar los procesos también requieren incluir el diseño de un sistema de control y monitoreo, para revisar y asegurar el cumplimiento de las mejoras propuestas, con enfoque de un ciclo de la mejora continua. (5)

IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMA DE GESTIÓN DE PROCESOS

Para implementar un sistema de gestión de procesos más formal, se sugiere seguir una serie de fases, bajo el enfoque basado en procesos:

- Constitución de un equipo de trabajo local, con capacitación adecuada.
- Análisis de los objetivos y actividades de la organización, a la luz del contexto normativo y planes y programas locales.
- Determinación de los factores claves para la organización.
- Identificación de los procesos, clasificación y elaboración del mapa de procesos.
- Documentación de cada proceso de la institución.
- Establecimiento de indicadores de cada proceso.
- Desarrollo del ciclo de mejora sobre la base de los indicadores asociados a los factores claves. (2,5)

La mejora continua del sistema de gestión de procesos también incluye o se relaciona con la gestión de riesgos. En conjunto, cabe buscar mejorar al conjunto de procesos y de prevención de riesgos, en torno a las actividades productiva a las cuales apoyan y a los objetivos estratégicos de la institución. (1,3)

Para mejorar ese sistema, es importante mantener un enfoque en el cual destaca:

- Enfoque en la integración para la gestión de procesos y riesgos, en torno a la calidad total y efectiva asistencia clínica a las personas usuarias.
- Evaluación de procesos de acuerdo con criterios difundidos y uniformes. Estos criterios son aportados por instrumentos como guías clínicas, protocolos, normas técnicas y otros.
- Definición y control con indicadores (que sirven para controlar y apoyar seguimiento del cumplimiento de metas y calidad del desempeño) y que contribuyen a la gestión de los procesos y sus riesgos.
- Incorporación de tecnologías de información, en especial la informática de apoyo a las distintas unidades, que apoyen al sistema de gestión de calidad con un enfoque basado en procesos integrados y efectivos. (2,5)

La adecuada gestión de procesos también se relaciona con la gestión de seguridad y riesgos. Como ejemplo, la Superintendencia de Salud (2017) plantea que la gestión de riesgos busca proteger los derechos de las personas y mejorar el desempeño del sistema de salud, contribuyendo al mayor grado de satisfacción, eficiencia, equidad y seguridad del paciente. (6)

Para ello, indica que se consideran cuatro objetivos estratégicos para su logro:

- Orientación a las personas.
- Orientación a los fondos y seguros de salud
- Orientación a los prestadores de salud
- Orientación a la gestión interna de la Superintendencia de Salud (6)

El enfoque de la gestión de procesos apoya al cumplimiento del modelo de calidad total, ya que ambos tienen como fin mejorar la calidad de la atención de salud a través de reducción de la variabilidad, mayor satisfacción de las necesidades de los usuarios, mejoría permanentemente y cambio de la cultura organizacional. En síntesis, se orienta hacia alcanzar la máxima calidad posible, en base a los recursos disponibles. (2)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) ha aportado programas y metodologías para mejorar y monitorear la gestión de los servicios de salud. En la actualidad, ha impulsado la Metodología de Gestión Productiva de Servicios de Salud (MGPS), lo que ya se ha aplicado en algunos hospitales del SNSS.

Es una herramienta digital que se usa en plataforma Internet) y se enfoca en cuatro aspectos principales del desempeño productivo: Producción, Eficiencia, Recursos y Costos (PERC). Ello permite entre otros aspectos, conocer el costo de actividades finales según recursos, procesos claves y estratégicos, así como gastos administrativos, en los distintos centros de costo.

Utiliza diversas fuentes de información sobre recursos, procesos y resultados. Permite detectar y analizar problemas estratégicos y formular las mejores acciones que se pueden adoptar para racionalizar el uso de los recursos y mejorar la producción de cada centro.

La información producida también sirve para generar información útil para la elaboración de “Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD), que clasifica a grupos de pacientes que tendrían procesos similares que reciben y costos similares que involucraría cada grupo (por ejemplo, grupo de cesáreas). Ello es un sistema sofisticado de desarrollo de información y análisis, pero cobra importancia por cuanto existe una propuesta de FONASA sobre aplicar el sistema de cálculo GRD para financiar a los centros de salud, en base a los costos esperados según los tipos de DRG que se estarían atendiendo en cada centro asistencial.

REFERENCIAS

1. Juárez S. (2010) Gestión por procesos. Capítulo 9. Gestión de operaciones logísticas en el aprovisionamiento sanitario. Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. En “Necesidad de nuevas formas y herramientas de gestión sanitaria” Ed. Centro de Estudios Financieros. Disponible en: <https://www.gestion-sanitaria.com/9-gestion-procesos.html>
2. Lorenzo S., Mira J., Moracho O. (2005), Tema 3. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. Master en Dirección Médica y Gestión Clínica

- Módulo 8 Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico.
Disponible en:
http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
3. Rojas A. (2014) Modelos de gestión por procesos integrados en salud. Ene. vol.8 no.3 Santa Cruz de La Palma 2014.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300008
4. Servicio de Calidad de la Atención Sanitaria (2002) Gestión de procesos. SESCAM Toledo 2002. Disponible en:
<https://www.chospab.es/calidad/archivos/Documentos/Gestiondeprocesos.pdf>
5. Pérez Blanco V., Alarcón Gascuña P. (2009) Tema 4.2 La gestión de procesos, en “Manual de atención de calidad” ED. SESCAM Servicio de Salud de Castilla-La Mancha, 2009. Pp. 275-287. Disponible en:
http://calidadasistencial.es/images/gestion_soc/documentos/23.pdf
6. Superintendencia de Salud (2017). Actualiza la Política y la Filosofía, y los Roles Claves de la Protección de Riesgos Superintendencia de Salud. RE-1475. Disponible en:
http://www.supersalud.gob.cl/normativa/668/articulos-16271_recurso_1.pdf
7. Organización Panamericana de la Salud (2010) Metodología de Gestión Productiva de los Servicios de Salud. Disponible en:
https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/MET_GEST_PSS_INTRO_GENERL_2010SPA.pdf

11. GESTIÓN DE CALIDAD

La gestión y mejora de calidad es una tarea constante, en torno a estándares de calidad tanto técnicos como normativos determinados por el Ministerio de Salud. La calidad global tiene múltiples dimensiones de la calidad global. La acreditación y el mejoramiento de calidad se han transformado en un requerimiento de base legal y de esfuerzos continuos. Los centros tienen una serie de componentes de estructura y desempeño que están afectos a evaluación y búsqueda de mejoramiento.

CALIDAD DE LOS CENTROS DE SALUD

La garantía y el mejoramiento de calidad son el conjunto de acciones que deliberada y sistemáticamente se llevan a cabo para fijar normas, vigilar y mejorar el desempeño, en forma continua y cíclica de manera que la atención prestada sea efectiva, eficaz y segura, orientándose a la satisfacción del usuario.

La gestión de la calidad es necesaria para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad.

Un sistema de gestión de calidad (certificado o no), debe estar documentado con un manual de calidad y con procedimientos e instrucciones técnicas y debe revisarse su cumplimiento a través de auditorías. Debe contemplar todos aquellos aspectos que tengan incidencia en la calidad final del producto o servicio que presta la organización.

En los últimos años han gozado de gran popularidad las normas de “Aseguramiento de la Calidad” de la serie ISO 9000 (de la International Standard Organization), y que actualmente han pasado a denominarse “Gestión de la Calidad” como la norma ISO 9001: 2015. A continuación, se detallan los principios de la gestión de la calidad, según esa fuente:

- **Enfoque al cliente:** Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben entender sus necesidades actuales y futuras, cumplir con los requerimientos del cliente y tratar de, no solo alcanzar, sino exceder sus expectativas.
- **Liderazgo:** Los líderes crean el ambiente en el cual las personas pueden involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

- **Implicación de todo el personal:** Las personas, a todos los niveles, son la esencia de una organización y su total implicación permite que utilicen sus habilidades en beneficio de esta.
- **Enfoque de proceso:** Un resultado deseado se logra más eficientemente cuando los recursos relacionados y las actividades se manejan como un proceso.
- **Enfoque de sistema a la gestión:** Identificando, entendiendo y manejando un sistema como procesos interrelacionados para lograr un objetivo dado, se contribuye a la efectividad y eficiencia de la organización.
- **Mejora continua:** La mejora continua debe ser un objetivo permanente de la organización.
- **Enfoque basado en hechos, para la toma de decisiones:** Las decisiones efectivas se basan en un análisis lógico e intuitivo de datos e información.
- **Relación de mutuo beneficio con proveedores:** La habilidad de la organización y sus proveedores de crear valor se incrementa por la relación de mutuo beneficio, en el se trata al proveedor como un socio más de la organización.

La calidad de los centros y de la atención de salud cubre muchos aspectos (es multidimensional) y es definida de diversas maneras, según el contexto en que se aplica el término. Existe un componente objetivo (medible por observación o instrumentos) y otro subjetivo, que es percibida por parte del personal y usuarios. La calidad en los centros de salud aumenta la posibilidad de lograr los beneficios esperados, con baja posibilidad de riesgos o resultados no deseados.

La calidad de la estructura y desempeño de los centros de salud, incluyendo la seguridad del paciente, es una cualidad cuyas condiciones

permiten asegurar mejor la consecución de los objetivos institucionales, planes, programas y funcionamiento rutinario. Puede ser entendida como aquella condición (o conjunto de condiciones) que contribuye a lograr un resultado efectivo deseado en salud, en forma consistente con el conocimiento técnico y científico vigente

La calidad de la estructura de cada centro aporta una serie de condiciones para permitir una óptima eficiencia, e incluye diversas dimensiones:

- Estructura física: comprende cimientos, edificaciones, equipo médico y no médico (fijo y movable), vehículos, mobiliario médico y de oficina, medicamentos y otros insumos farmacéuticos, almacenes y condiciones de almacenamiento y mantenimiento de los inmuebles.
- Estructura ocupacional (staff): incluye la calidad y cantidad del personal médico y no médico empleado para brindar asistencia médica: número y tipo de personal por categoría. Incluye también relaciones entre categorías de personal (Ej. enfermeras/médico) o entre personal y población (Ej. médicos/habitante), entrenamiento del personal (por tiempo y lugar) y los criterios de desempeño del personal específico.
- Estructura financiera: incluye el presupuesto disponible para operar adecuadamente los servicios, pagar a los trabajadores, financiar los requerimientos mínimos de entradas físicas y de personal y proveer incentivos con la finalidad de obtener un desempeño mejor.
- Estructura organizacional: refleja las relaciones entre autoridad y responsabilidad, los diseños de organización, aspectos de gobierno y poderes, proximidad entre responsabilidad financiera y operacional, el grado de descentralización de la capacidad de decisión y el tipo de decisiones que son delegadas.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD GLOBAL

La calidad global esperada en los centros de salud involucra una serie de aspectos, tanto de organización como en la estructura (recursos) y

desempeño de los centros, incluyendo su relación con los usuarios y el entorno institucional y social. Entre las dimensiones más relevantes de la calidad destacan:

- Accesibilidad: factibilidad de que una persona, según necesidad, acceda y use oportuna y efectivamente servicios de salud.
- Equidad: provisión de servicios según necesidad e independiente de la capacidad de pago.
- Competencia Profesional: es la capacidad del personal de salud para aplicar adecuadamente sus conocimientos, habilidades, destrezas y juicio.
- Satisfacción Usuaría: percepción de respuesta sanitaria oportuna, efectiva y humana, según las expectativas de cada usuario.
- Eficacia: grado de impacto o mejoría del estado de salud, en atención en condiciones de laboratorio o de condiciones ideales experimentales.
- Efectividad: grado de impacto logrado en las condiciones normales de atención de salud en centros asistenciales.
- Eficiencia: logro del mayor beneficio posible con el menor costo razonable.
- Seguridad: eliminación y o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación de servicios de salud, tanto para el usuario como para el proveedor.
- Confort: aspectos de la atención de salud pero que inciden en la comodidad, calidad y satisfacción del usuario (mantenimiento, aseo, instalaciones, ventilación, privacidad, contaminación, etc.).
- Continuidad: es la apertura permanente de acceso a la atención (24/7) para tratar o referir a cada usuario al nivel resolutivo del problema de consulta.
- Oportunidad: es el acceso y repuesta resolutiva efectiva de la red asistencial, según necesidad de cada usuario.

- Privacidad y confidencialidad: implícitas en la competencia profesional porque tienen que ver con el manejo ético de la profesión.

La calidad global debe cubrir aspectos entre los cuales destacan: la accesibilidad y cobertura efectivas; eficiencia, eficacia, efectividad, equidad, competencia profesional y del equipo de salud, humanidad de trato, y satisfacción usuaria.

La equidad implica la reducción en las disparidades en la cobertura de algunos servicios y programas básicos, recibir la atención en función de las necesidades de salud y contribuciones de acuerdo a la capacidad de pago (equidad financiera)

La calidad percibida implica que los servicios se entreguen en condiciones materiales y éticas adecuadas. La eficiencia implica la existencia de una relación favorable entre los resultados obtenidos y los costos de los recursos empleados. Tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de los recursos y la referente a la productividad de los servicios.

La sostenibilidad implica que el sistema de salud tenga la capacidad para resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento, así como los retos de mantenimiento y desarrollo futuros.

Esta medición incorporará dos aspectos: el espacio del respeto por el ser humano en que se otorgan los beneficios de salud, cuya evaluación es muy subjetiva y realizada por el paciente, y la orientación al cliente, que se puede apreciar en los lugares donde se atiende a los beneficiarios.

La participación social tiene que ver con los procedimientos para que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión, provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud y se beneficien de los resultados de dicha influencia.

En la calidad relacionada con los procesos y resultados destaca:

- Eficiencia: desde la perspectiva clínica, es una función específica o una atención realizada y cumplida adecuadamente (procedimientos adecuados, atinentes a responder a la

necesidad asistencial, conforme a la buena práctica y oportuna); desde la perspectiva gerencial, el cumplimiento de funciones del equipo de un modo adecuado y oportuno; desde la perspectiva económica, el cumplimiento de procesos similares utilizando el menor recurso, o uso de similar recurso para obtener mayores acciones.

- Eficacia: La eficacia de un procedimiento o tratamiento en relación con la condición del paciente, se expresa como el grado en que una intervención ha demostrado lograr el resultado deseado o esperado.
- Efectividad: es de mayor alcance y se define como el impacto que una intervención concreta tiene sobre la salud de las personas que la reciben.
- Humanidad del trato: se refiere a las condiciones de respeto, comunicación y confianza entre proveedores de servicios y sus usuarios, considerando aspectos personales (como etnia, género y otros), culturales y sociales.
- Satisfacción de los pacientes: el grado de satisfacción percibida y reportada por los pacientes luego de recibir un bien o servicio asistencial.

El logro de una adecuada eficiencia del desempeño en la APS requiere que los centros asistenciales que desempeñan sus funciones cumplan con una serie de requisitos simultáneos de calidad en su estructura y desempeño. Ello es la base para contribuir al cumplimiento de planes y programas y de los objetivos de la APS. En este contexto, tanto los municipios como los Servicios de Salud debieran proveer las condiciones organizacionales y estructurales básicas para que cada centro pueda tener las condiciones adecuadas para un eficiente y efectivo desempeño de la APS.

Un adecuado desempeño de los centros de APS requiere contar con un doble nivel de condiciones: (a) que el SNSS y los municipios provean las condiciones de organización, recursos y otras que permitan un funcionamiento eficiente y eficaz de los centros de APS; y (b) cuando existen esas condiciones, se

requiere entonces que los responsables de gestión y atención de la APS cumplan rutinariamente con el desempeño adecuado de sus funciones.

Esas condiciones son esenciales para poder asegurar el acceso efectivo de la población y responder oportuna y efectivamente a las diversas demandas asistenciales. El equipo asistencial local requiere ser multidisciplinario, con competencias adecuadas a los requerimientos de APS; incluye la capacidad de cumplir con los requerimientos programáticos locales y poder trabajar efectivamente con las familias y la comunidad. Además, se requiere integración y coordinación del nivel primario con el resto de la red asistencial, lo que incluye un efectivo sistema de referencia de pacientes.

La red asistencial de cada Servicio de Salud requiere tener efectiva integración y coordinación para todo el rango de servicios asistenciales, especialmente para el requerimiento asistencial más complejo. En los procesos de expansión de la red de centros, así como de planificación o fortalecimiento de la APS, es importante considerar con anticipación, que se dispondrá de las condiciones básicas y adecuadas de organización, estructura y recursos. El, lo que es indispensable para asegurar que el sistema renovado tendrá la suficiente calidad, pertinente a los procesos y funciones que se deben realizar, como prerrequisito que permitirá la eficiencia en el desempeño y provisión de intervenciones asistenciales.

Existen referencias de calidad óptima para orientar una adecuada gestión clínica y de procesos, que se encuentran en una serie de componentes normativos y de estructura y desempeño, entre los cuales destacan:

- Marco normativo e institucional
- Normas, guías, protocolos, acreditación, planes y programas
- Evidencia técnico-científica
- Contexto normativo sobre la capacidad resolutoria y sistema de referencia
- Metas de cumplimiento de desempeño

- Niveles óptimos logrados, a nivel nacional, en el desempeño e impacto asistencial
- Capacidad potencial de desempeño del recurso, especialmente del personal
- Escenarios optimistas frente a los desafíos persistentes y emergentes.

INTERROGANTES Y COMPONENTES DE LA EVALUACIÓN

La calidad de los servicios de salud contiene una serie de dimensiones que pueden ser monitoreadas y evaluadas en forma más específica, como eficiencia y efectividad. La calidad de la estructura (organización, infraestructura y recursos) es un prerrequisito que contribuye a asegurar un más adecuado desempeño de los servicios de salud. El desempeño se relaciona con el modo eficiente y coordinado de los diversos procesos productivos que se realizan en los servicios y el cumplimiento de objetivos de resultados, especialmente de aquellos resultados inmediatos que se relacionan con los productos (bienes y servicios) provistos a los usuarios.

La referencia a los resultados en general se enfoca en los productos y servicios que se han provisto, así como los resultados inmediatos que las diversas acciones han provocado en la población que ha recibido los servicios de salud.

La realización de monitoreo y evaluación de calidad obedece tanto a razones internas de apoyar la gestión institucional, como a requerimientos externos provenientes de la comunidad (rendición de cuentas), los usuarios, las entidades rectoras y de financiamiento (como los seguros públicos y privados) y otros.

En forma más específica y como parte de su gestión, es útil conocer:

- Si los distintos componentes cumplen con los criterios de calidad a nivel de excelencia o al menos, adecuado para el servicio de salud (según criterios de acreditación, normas, protocolos y otros)
- Grado de eficiencia del desempeño, en sus distintos procesos y conforme a lo esperado

según criterios establecidos y objetivos de funcionamiento y resultados esperados.

- Que tan efectivo es el desempeño del servicio, en sus distintos procesos y conforme a lo esperado según criterios establecidos y objetivos de funcionamiento y resultados esperados.
- Qué factores pueden estar influyendo en limitaciones de eficiencia o efectividad del desempeño.
- Qué resultados se están logrando con el desempeño del servicio de salud, y en qué grado esos resultados cumplen con los objetivos planteados en los planes y programas.
- Cuál es el costo-beneficio y costo-efectividad de algunas intervenciones claves, así como de las inversiones para fortalecer la efectividad del servicio.
- Qué tan satisfactorio y humano es el trato de la asistencia sanitaria a los usuarios, y como es la comunicación y ambiente humano dentro de la institución.
- Cuál es el grado de equidad en la distribución de recursos y provisión de servicios entre las diversas áreas y grupos de población.
- Qué causas de limitaciones de la calidad dependen de factores institucionales, como eventual falta de personal, financiamiento, tecnología, medicamentos, o bien de ineficiencia.
- Qué recomendaciones se pueden hacer para corregir o ajustar efectiva y oportunamente los problemas de calidad eventualmente detectados y analizados

La calidad global del servicio de salud cubre una serie de aspectos específicos d estructura y desempeño:

- Calidad de la organización, estructura y recursos del servicio de salud: financiamiento, infraestructura, equipamiento, tecnología, insumos como medicamentos, personal
- Coherencia entre los recursos que existen y lo que se necesita.

- Disponibilidad y competencias del personal gerencial, asistencial, administrativo y de apoyo.
- Capacitación, motivación e incentivos del personal
- Equipos asistenciales de salud con profesionales suficientes y coordinados para adecuado logro de intervenciones
- Nivel de desempeño observado respecto a lo esperado, según criterios de calidad.
- Cumplimiento de actividades e intervenciones logradas respecto a lo esperado, en un momento determinado.
- Nivel de resultados (inmediatos) logrados respecto a los esperados según planes y programas.
- Provisión de servicios realizada con buena práctica (excelencia técnica) y en forma segura.
- Calidad interpersonal y con usuarios con humanidad y excelencia de trato y comunicación.
- Equidad en la distribución del recurso y de provisión de servicios entre unidades y centros asistenciales.

Eficiencia

- Las actividades y procesos programados se realizan en forma oportuna, efectiva y coordinada.
- El equipo de personal funciona de modo efectivo, coordinado y oportuno.
- El funcionamiento permite el logro de avances de cumplimiento de objetivos del programa o proyecto según lo planeado.
- El recurso dispuesto es utilizado para producir todas las actividades o intervenciones planeadas.

Efectividad

- Avances oportuno y efectivo de cumplimiento de objetivos del programa o proyecto según lo planeado
- Las acciones y procesos logran los resultados planeados.

Resultados (inmediatos)

- Cumplimiento de criterios de calidad en los bienes y servicios provistos
- Satisfacción de los usuarios por el trato y efectividad de la atención.
- Financiamiento de centros asistenciales según fuentes gubernamentales, de protección o seguro social.

CRITERIOS DE CALIDAD SEGÚN EL MARCO NORMATIVO

En la actualidad, el Ministerio de Salud dispone de diversa documentación normativa y orientaciones para que los centros de APS cumplan con determinadas condiciones de calidad y eficiencia. A ello se suma la normativa específica de la administración municipal de APS, entre lo cual se cuenta con los documentos como los convenios tipos entre Servicios de Salud y los municipios, el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, los mecanismos de asignación y distribución de financiamiento, las normas técnicas y programas de salud de las personas. Destaca, además:

- La Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 y los planes de trabajo nacionales y regionales relacionados.
- Los reglamentos y normas técnicas y administrativas.
- Los programas de salud de las personas, que de modo importante se ejecutan en la APS.
- El Régimen General de Garantías Explícitas en Salud, con sus disposiciones y protocolos relacionados (Ley 19.966 de 2004).
- La función rectora del Ministerio de Salud, incluyendo la Ley de Autoridad Sanitaria (DL 1 de 2005).
- Normas, protocolos y guías de práctica administrativa y clínica. (1-6)

Esa documentación normativa tiene un origen administrativo burocrático de origen central nacional. Por ello, es importante revisar si efectivamente dicha documentación con sus indicaciones normativas relacionadas, permiten establecer las condiciones específicas para que

haya eficiencia y eficacia en el desempeño y provisión de servicios de la APS en cada comuna y centro asistencial. Por ello, cabe revisar la necesidad de su eventual adaptación a las realidades locales.

El Objetivo 7 de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 se refiere al fortalecimiento del sector salud, lo que implícitamente incluye a mejorar la APS y otros niveles. Como objetivo para la presente década, esa Estrategia plantea:

- Mejorar los sistemas de información en salud
- Fortalecer la investigación en salud
- Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud
- Fortalecer el financiamiento del sector
- Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud
- Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector
- Mejorar la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud
- Mantener la participación y cooperación internacional en salud.

Entre los esfuerzos de fortalecimiento de APS, se ha puesto énfasis en el mejoramiento de la calidad, especialmente desde 2004. Según el DFL 1 de 2005, el Ministerio de salud asume como función establecer estándares de calidad de los establecimientos asistenciales de salud, y de establecer un sistema de acreditación para los centros que están autorizados para funcionar.

La acreditación de calidad es definida como el proceso periódico de evaluación respecto al cumplimiento de los estándares mínimos que se han determinado de acuerdo con el tipo de establecimiento y complejidad de las prestaciones. La Superintendencia de Salud recibió la función de administrar y fiscalizar el sistema de acreditación de calidad, tanto para establecimientos públicos como privados. La acreditación plantea analizar la estructura física orgánica y funcional de los establecimientos, con el fin de asegurar un mínimo básico de calidad.

La calidad y eficiencia de los centros y programas de salud no sólo dependen de condiciones intrínsecas de su estructura y gestión local. También dependen de condiciones que deben existir en el contexto asistencial a los centros de APS: los municipios, los Servicios de Salud y el Ministerio de Salud (en cuanto entidad rectora del SNSS). Por ello, las condiciones básicas para la eficiencia debieran ser provistas, o al menos aseguradas, por la autoridad sanitaria a nivel nacional y regional, los Servicios de Salud y las autoridades municipales según corresponda.

En este contexto, se requiere resguardar que existan condiciones de eficiencia en distintos ámbitos, incluyendo: (a) las intervenciones de APS en la comunidad local; (b) el centro asistencial de APS; (c) las redes asistenciales de los Servicios de Salud; y (d) el rol de la autoridad central del SNSS y el cumplimiento de la normativa ministerial.

El apoyo que debiera proporcionar el SNSS del nivel central y regional a cada centro o programa local de APS debiera centrarse en las características específicas de calidad o eficiencia que se necesita tener a cabalidad. Similar apoyo debiera darse a los municipios con menores recursos (aunque sean los dueños del patrimonio de sus centros de APS).

Los requerimientos de la normativa ministerial en cuanto a requerimientos de calidad en estructura y desempeño considerados deseables pueden resultar bastante exigentes respecto al limitado recurso disponible a nivel local, incluyendo establecimientos y equipos que han caído en obsolescencia, limitada mantenimiento, o bien se han hecho insuficientes frente a una demanda de gran crecimiento.

Ello tiene el riesgo de generar una brecha entre el exigente nivel esperado según la normativa vigente, y el nivel existente en la gran diversidad de centros APS, en que predominan limitadas condiciones de recurso y capacidad de cumplir con el desempeño requerido al nivel local, especialmente en la mayoría de las

comunidades, que cuentan con menos desarrollo global y una población de menores condiciones socioeconómicas y mayor carga de vulnerabilidad y enfermedad.

ACREDITACIÓN Y MEJORAMIENTO DE CALIDAD

La autoridad sanitaria, especialmente a través de la Superintendencia de Salud, aplica las estrategias utilizadas para mejorar la calidad de los centros asistenciales, con base legal. Según el DFL de 2005, el Ministerio de Salud tiene como función establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios, centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

Estos estándares se fijan de acuerdo con el tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones.

También existe un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Una vez que se asumen las competencias de planificación y de gestión del Sistema Sanitario se inicia la acreditación voluntaria, se instaura un programa, dirigido entre otras finalidades, a promover la filosofía de la mejora continua de la calidad en los centros sanitarios. La Acreditación es el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados, de acuerdo con el tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones. Es un método reconocido de evaluación externa, por el que se verifica que un centro sanitario asume un conjunto de estándares previamente establecidos y que se materializa a través de un certificado de garantía.

Cuadro 12.1 Evaluación de establecimientos autogestionados en red

Calidad	Estrategias EAR	Dimensión desempeño *
Estructura Procesos Resultados	Sustentabilidad financiera Eficiencia operacional Gestión clínica Excelencia de la atención	Efectividad Eficiencia Accesibilidad Centro en el paciente Equidad Seguridad

* Dimensiones consideradas por Superintendencia de Salud (en base a OMS, 2006)

La acreditación de centros, establecimientos y servicios sanitarios tiene por objetivo, conseguir la mejora de la calidad de estos y garantizar la existencia de unos niveles de la misma, en los servicios y prestaciones que los centros ofrecen a los ciudadanos que utilizan la red asistencial. En la figura 12.1 se indican los aspectos relevantes considerados al evaluar los establecimientos auto-gestionados en red.

La acreditación consiste en garantizar la calidad de un centro o servicio sanitario asistencial partiendo del criterio de asegurar unos mínimos básicos de calidad, mediante el análisis de su estructura física, orgánica y funcional, basándose en la comparación con las normas establecidas y a través de la homogenización adecuada de las prestaciones asistenciales con el aprovechamiento óptimo de los recursos humanos y materiales.

REFERENCIAS

- 1 Superintendencia de Salud (2018). Observatorio de Calidad en Salud. Guía Práctica. Calidad y Seguridad Asistencial en Chile para alumnos de carreras de la salud. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-16609_recurso_1.pdf
- 2 Organización Mundial de la Salud (2006). Quality of Care: A Process for Making Strategies Choices in Health Systems. http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/articles-14454_recurso_1.pdf
- 3 Velásquez MS (2011) Acreditación de Calidad en Salud. Superintendencia de Salud. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/b644f9a8af8d5ccea040010164011221.pdf>
- 4 Placencia F. (2015) "Avances en el diseño del sistema de monitoreo y evaluación de la calidad de los servicios de salud. Ministerio de Administración Pública República Dominicana. Disponible en: <https://studylib.es/doc/8318604/monitoreo-y-evaluaci%C3%B3n-de-la-calidad-de-los-servicios-de-s...>
5. J. Veillard, F. Champagne, N. Klazinga, V. Kazandjian, O. A. Arah And A.-L. Guisset (2005). A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project International Journal for Quality in Health Care vol. 17 no. 6

12. GESTIÓN DE LA DEMANDA Y DEL SISTEMA DE REFERENCIA

La gestión de la demanda busca utilizar adecuadamente la capacidad de desempeño asistencial local para responder satisfactoriamente a la demanda de la población objetivo, con la mejor capacidad resolutive posible. Para ello se requiere conocer sobre las necesidades de salud y demanda de la población, la capacidad resolutive local, y el uso del sistema de referencia de morbilidad.

GESTIÓN DE LA DEMANDA

Gestión de la demanda es el conjunto de actividades destinadas a regular y adecuar la demanda asistencial en un determinado centro, para una mejor calidad de atención y satisfacción de los usuarios. Incluye el proceso de análisis y búsqueda de respuestas a las demandas de los usuarios, con rediseño de circuitos, y la redistribución y racionalización de actividades.

Es un proceso que procura satisfacer con la debida calidad, efectividad y oportunidad la demanda asistencial procedente de las personas de la población objetivo, para ello debe buscarse responder en forma efectiva utilizando la capacidad de oferta y desempeño local, con la mejor capacidad resolutive posible. En aquellos casos que requieren de una mayor capacidad resolutive, la gestión de demanda incluye el efectivo uso del sistema de referencia en la red asistencial.

Demanda es la solicitud explícita de bienes o servicios asistenciales de salud formulada a un centro de NPA desde una determinada población objetivo, para satisfacer sus necesidades de salud. Oferta es el conjunto de bienes o servicios asistenciales de salud que se ofrecen en un centro de NPA, bajo determinadas condiciones. En general se ordena por la normativa y programas nacionales de salud.

En este tipo de gestión, hay un doble flujo de demanda: la que se produce desde la población signada al centro asistencial de nivel primario, y desde éste hacia los otros niveles de la red asistencial, a través del sistema de referencia.

El diagnóstico y monitoreo de situación que se necesita en la gestión de la demanda requiere tomar en cuenta tres aspectos que corresponde conjugar: la demanda de la población, la oferta local de servicios asistenciales, y la red asistencial con su sistema de referencia

Para conocer sobre la situación de la demanda de los servicios de salud, destacan aspectos como las características demográficas y epidemiológicas de la población; motivos y volumen de carga diaria de consulta, grupos etarios y género que más consultan, grupos prioritarios, barreras y facilitadores de acceso (económicos, geográficos, culturales).

Para conocer sobre la situación de la oferta de los servicios de salud destacan aspectos como las: recursos asistenciales y de apoyo disponibles, capacidad resolutive, calidad del desempeño asistencial.

Para conocer sobre la situación de la red asistencial y sus flujos de referencia, destacan aspectos como los hospitales y servicios de especialidades de referencia, los protocolos de derivación, los tiempos de latencia en atención (listas de espera) y la contra referencia al nivel primario.

ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA

En general, la proyección de la demanda se basa en un modelo histórico, en el cual se asume que la población continuará demandando atención según lo que ha ocurrido y reportado en los últimos años.

También se puede proyectar según las estimaciones programáticas normativas, de acuerdo con lo que cada programa de salud de las personas indica. Por ejemplo, el número de menores de un año que deben recibir determinadas vacunas o de mujeres que deben acudir al control Papanicolau. También se puede utilizar referencias de otros países en que se estima adecuado para el nivel local nacional.

La estimación de base epidemiológica es crucial y a pesar de su importancia, no siempre factible de realizar a nivel local. A partir de la estimación de necesidades locales de salud por cada grupo de edad sexo o condición vulnerable (como

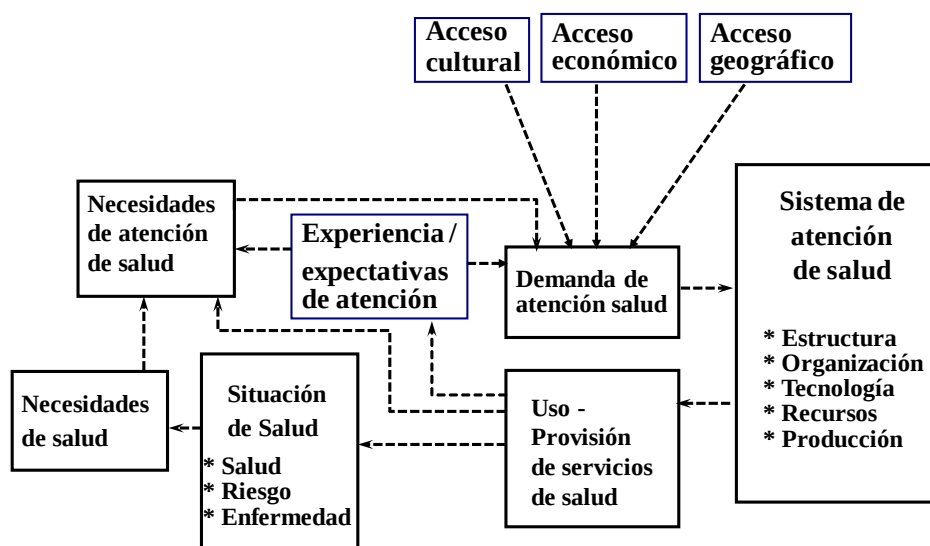
ocupacional o social), se plantea la demanda potencial de atención y se compara con la demanda que efectivamente se está respondiendo en un momento determinado. En general, ello plantea una brecha por cubrir.

Las necesidades en atención de salud son carencias o brechas entre un estado observado y deseado, y que pueden satisfacerse o beneficiarse

del sistema de salud, ya sea a través de asistencia directa o bien por intervenciones poblacionales preventivas.

La “necesidad de salud” no es sinónimo de “necesidad de atención de salud” (requerimiento de acceder a una atención de salud, mientras que la “demanda” es la solicitud expresa para acceder y ser atendido (figura 12.1)

Figura 12.1. Flujo de necesidad, demanda y uso de servicios asistenciales



Fuente: C. Gattini /94

La evaluación de necesidades de atención de salud de una población permite orientar intervenciones y políticas públicas que permitan responder de forma más coherente y efectiva a dichas necesidades. La estimación de necesidades se apoya tanto en las condiciones de salud de los diversos grupos de la comunidad, tanto pesquisadas por razones biomédicas como percibidas por sus miembros, y por vulnerabilidad sanitaria y social dada por factores socioeconómicos y otros considerados determinantes sociales de la salud

Este enfoque es visto a nivel colectivo (necesidades grupales) y no individual. Para efectos operacionales de medición, se considera tres tipos de aproximación: a) estado de riesgo, incidencia, o prevalencia de morbilidad o mortalidad; b) posibilidad de tener servicios que sean efectivos y costo-efectivos; y c) los servicios actualmente provistos (como línea de base).

Para que las personas que tienen necesidades de salud puedan efectivamente acceder al uso de servicios (cobertura efectiva), se requiere que existan también otras condiciones como la disponibilidad y capacidad del recurso local, que haya un acceso económico, geográfico y cultural que incluya aceptabilidad y que se den las condiciones concretas de contacto geográfico y temporal (como ubicación y horario del centro asistencial). (Tanahashi, 1978)

Existe una serie de factores de la población objetivo que influyen en la demanda desde la comunidad a los centros de nivel primario de atención local. Entre ellos destacan:

- Estructura y dinámica de la población (envejecimiento, crecimiento, migración)
- Estructuras y condiciones familiares
- Nivel socioeconómico (determinantes sociales)

- Grupos pobres con mayor vulnerabilidad social y sanitaria, y carga de enfermedad
- Carga de morbilidad por problemas de salud evitables (especialmente en poblaciones vulnerables)
- Cultura sanitaria de los grupos de población
- Prestigio y atracción de centros de salud local
- Factores que favorecen u obstruyen el acceso (cultural, económico, geográfico)

DIAGNÓSTICO LOCAL DE SALUD

El desarrollo de un diagnóstico local de salud, en su componente geográfico y epidemiológico, incluye una serie de componentes entre los cuales destacan:

- Selección de modelo o pauta del diagnóstico a desarrollar (fuentes, indicadores, proceso estadístico, análisis en contexto, reporte) Orientaciones planificación programación en red
- Recolección de información e ingreso al sistema computacional (en general, utilizar información ya disponible para planificación, monitoreo y evaluación local)
- Análisis estadístico: desarrollo de indicadores, comparaciones históricas, con nivel regional y nacional y con otros parámetros de referencia
- Análisis en contexto: Qué significan los resultados, qué brechas representa, y qué necesidades de salud y de atención de salud implica.
- Desarrollo de reportes digitales e impresos (según conveniencia y necesidad)
- Difusión de reportes en forma periódica a su audiencia específica
- Retroalimentación

El territorio corresponde al lugar geográfico, división administrativa y hábitat reconocido de una determinada comunidad. Es un área político administrativo donde el estado o una división del Estado ejerce jurisdicción: región, provincia, departamento o comuna.

Desde el punto de vista social, es el hábitat o contexto geográfico donde reside una

comunidad, lo que no siempre coincide con la división administrativa: es el caso de comunidades que comparten ciertas características étnicas (ej. pueblos originarios) o laborales (ej. Campamentos mineros), o bien barrios urbanos o sectores rurales dentro de una misma comuna o incluso entre comunas colindantes.

Lo ideal sería comparar en detalle, distintos grupos de personas que comparten similares determinantes sociales de salud (como ingreso, educación y otras) en el territorio local, pero eso no es posible de registrar y reportar estadísticamente en forma rutinaria. Se puede hacer, pero es caro y complejo y sólo en base a muestras (ej. Encuestas CASEN)

Entonces se comparan las áreas más pequeñas posibles de territorios que tengan información agregada ya disponible, como comunas.

En las grandes áreas metropolitanas, se tiende a poblar un territorio comunal con residentes que tienden a compartir determinadas condiciones de vida, factores socioeconómicos y otros determinantes de la salud. Como ejemplo, hay gran heterogeneidad comunal tanto de tamaño como de características socioeconómicas de su población.

La actual configuración de las 346 comunas del país es muy heterogénea en cuanto al tamaño y características socioeconómicas y de ruralidad de su población. Según el Censo de 2017, 95 comunas (27,5% de ellas) tenían menos de diez mil habitantes y un total de 147 comunas (42,5%) tenía menos de 15 mil habitantes. Por contraste, dos comunas (Puente Alto y Maipú) tenían más de medio millón de habitantes cada una. Entre ambas cubren un total de 6,2% de la población nacional, lo que casi equivale a la población que tiene todo el grupo de 147 comunas del país con poblaciones menores a 15 mil habitantes.

Al realizar diagnóstico y análisis local de salud para gestión de la demanda, se utilizan las mismas fuentes, indicadores, modos de elaboración y análisis que lo usado en los procesos de planificación, ejecución, monitoreo y evaluación local. Se complementa con la perspectiva participativa de la comunidad local.

Para su desarrollo, el foco debe estar en aquellos factores que implican necesidades de salud y de atención de salud, especialmente para la cartera de actividades que provee el centro, el acceso y uso, la presión asistencial, el requerimiento de personal y actividades asistenciales, el cumplimiento y eficiencia de las actividades, las brechas asistenciales y las metas comprometidas a cumplir.

Cuando la población asignada es sólo parte de una comuna y por falta de información específica, frecuentemente se utiliza información comunal, regional e incluso nacional.

Información de otros niveles sirve para comparación y estimación de eventuales brechas en el nivel de salud.

Entre los factores condicionantes del fenómeno de salud y enfermedad destacan:

- Población: volumen, estructura según grupos etarios, sexo y género (susceptibilidad); distribución geográfica (ruralidad, dispersión, etc.), población migrante; medioambiente.
- Factores socioeconómicos: medio cultural, desarrollo económico, educación, vivienda y saneamiento, alimentación, transporte y comunicaciones, consumo y ahorro, recreación, trabajo, vestuario, seguridad social, libertades humanas características culturales, pueblos originarios, desarrollo comunitario, etc.
- Medio natural: clima, naturaleza, situación geográfica
- Servicio local de salud: centros, recursos humanos, físicos y financieros, tipo administración (municipal u otra).

El **diagnóstico participativo local** se basa en el uso de metodologías cualitativas o encuestas para su desarrollo, con participación ampliada de las personas de la comunidad y considera también el Inter sector que opera en su territorio local.

Realiza una estimación de necesidad sentida en salud, según la reflexión y análisis de la situación de la comunidad barrial o local. Incluye el análisis en conjunto sobre cómo percibe la comunidad los problemas de salud, por qué se

producen, qué hacer para abordarlos, y situarlos desde el espacio territorial, social y cultural.

El diagnóstico participativo aporta un enfoque adicional de la priorización de los problemas encontrados, de las necesidades surgidas o de las propuestas emanadas desde la comunidad.

Fuentes de información para el diagnóstico de salud y necesidad sanitaria de la comunidad:

- Reportes e información rutinaria de departamentos de estadísticas de salud locales, regionales y nacionales (centros de salud, municipios e información ministerial)
- Censos de población, estadísticas y encuestas sociales y de salud (municipios, INE y
- Ministerio de Desarrollo Social (encuestas CASEN)
- Sistemas de vigilancia epidemiológica y de salud pública, y salas de situación de salud
- Información relacionada con educación y población escolar (escuelas, municipios, JUNAEB)
- Bibliotecas físicas y virtuales, centros de documentación y de depósitos de datos
- Encuestas de expertos y de opinión pública
- Diagnósticos participativos con la comunidad

DESEMPEÑO DE LA GESTIÓN DE LA DEMANDA

La gestión de la demanda utiliza una serie de indicaciones normativas e indicadores de gestión entre los cuales destacan:

- Metas sanitarias pago por desempeño e incentivos.
- Índice de la Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS)
- Indicadores de los programas de reforzamiento: monitoreo de prestaciones.
- Registro REM: registro basado en las acciones que se realizan en atención primaria
- Registro SIGGES: registro basado en las prestaciones GES

- Reportes a Contraloría General de la República: balance de lo transferido versus lo ejecutado con Pertinencia

- Indicadores de generación y uso local

Las estrategias de la gestión demanda deben estar consideradas en los siguientes aspectos estructurales y de procesos que se realizan periódicamente en el centro asistencial. Destacan:

- La planificación anual en el centro, con su base normativa y estimaciones
- La programación específica en las actividades asistenciales que cabe proveer a la población
- Los recursos específicos que necesita cada centro asistencial, para responder adecuadamente a la demanda
- Los nodos críticos en los procesos internos y en el flujo de la red asistencial
- La sustentabilidad financiera de cada centro asistencial (el cual no origina recursos propios, sino que depende de aporte de los Servicios de Salud y municipios)
- La capacidad resolutoria de cada centro
- Cadena de valor de la Gestión de Demanda
- Los componentes de la calidad asistencial y de los diversos tipos de gestión internos.

GESTIÓN DEL SISTEMA DE REFERENCIA

El sistema de referencia y contra - referencia es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud a otro, generalmente desde uno de menor complejidad a uno de mayor capacidad resolutoria y la contra - referencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y el cuidado de la salud del usuario.

La referencia o derivación de pacientes es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de un usuario derivado de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutoria a otro de mayor capacidad, con la finalidad de asegurar la continuidad de la prestación de servicio.

La contra - referencia es la respuesta escrita del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o servicio clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

Proceso de definición de redes asistenciales

Las redes asistenciales, cuya responsabilidad de funcionamiento es una de las tareas esenciales de cada Servicio de Salud, son entendidas como Red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”.

La gestión y prestación de servicios de salud de forma tal que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, a través de los diferentes niveles y sitios de atención del sistema de salud, y de acuerdo con sus necesidades a lo largo del curso de vida.

Como organización básica, los Servicios de Salud se definen en cuanto a su responsabilidad en las redes territoriales del territorio y población asignada a cargo.

Sin embargo y debido a distintos factores como la disponibilidad de especialidades solo en algunas regiones, la normativa del programa GES y otros factores, se determinan distintos tipos de redes de referencia

- Redes Territoriales de los 29 Servicios de Salud
- Macro-Redes (Redes de alta complejidad)
- 6 Redes Macro regionales
- Redes de Telemedicina
 - Redes GES
- Otras

En el diseño de Macro-redes (alta complejidad) se considera:

- Los aspectos epidemiológicos de la población cubierta
- Los aspectos geográficos
- La demanda al nivel primario y global
- La capacidad productiva y resolución de los centros de complejidad
- Las competencias profesionales en esos centros
- Los recursos disponibles y oferta de prestaciones

La referencia en el Programa GES

El Programa de Garantías Explícitas de Salud, AUGE o GES constituye un conjunto de beneficios garantizados por Ley para las personas afiliadas al Fonasa y a las Isapres.

Desde la perspectiva de los Servicios de Salud, representa un gran aporte a la prestación de servicios del sistema público.

Simultáneamente, implica una serie de requerimientos y desafíos para los diversos niveles de atención, que deben responder tanto en forma prioritaria a lo garantizado en ese Programa, como para todo el resto de las actividades.

Para facilitar la demanda, atención y referencia del programa GES, éste cuenta con:

- Protocolos de cada patología GES
- Guías de Práctica Clínica
- Flujograma en cada protocolo

Existe un dinámico requerimiento a las redes asistenciales que son demandadas según las necesidades curativas de los usuarios.

Los principales aspectos que influyen en el diseño de redes GES son:

- Las garantías establecidas
- El modelo de atención (RISS)
- Las carteras de servicios de los establecimientos
- Las atenciones mínimas que se requieren para asegurar calidad de la atención

- Las realidades regionales y locales

Para el complejo cumplimiento del Programa GES respecto a la cobertura resolutive y oportunidad de atención que requiere cada caso de patología cubierta por el programa GES, existen responsabilidades específicas en el centro derivador que refiere, el centro que recibe, y se toma en cuenta las condiciones que indican cuando un paciente requiere ser referido oportunamente al sistema asistencial privado de salud.

Protocolos del Programa GES

El Programa establece un conjunto de Protocolos de acción que indican lo que corresponde hacer en el caso de cada una de las patologías cubiertas por dicho Programa. En esos protocolos se indica cuando corresponde derivar a otra instancia o nivel, y por tanto compromete la acción de la red asistencial de los Servicios de Salud.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud (2018). Orientaciones para la planificación y programación en red 2018. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/09/2019.09.09_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2020_v3.pdf
2. MINSAL (2012) Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
3. Corporación Municipal de Puente Alto (2019). Plan de Salud 2019. Disponible en: <http://www.cmpuentealto.cl/documentos/PlandSalud2019.pdf>
4. Bozzo C.G. (2007) Gestión de la demanda en un CESFAM: Una mirada desde la práctica de un Médico Familiar. RevChilMedFam 2007; 8 (2):110-116. Disponible en: <http://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/37>
5. Depaux R. (2008) Gestión de la demanda en la atención de salud. Un ámbito de la gestión del cuidado. RevChilMedFam 2008; 9 (1, 2 y 3): 19-22.

13. GESTIÓN DEL RECURSO HUMANO

La gestión del recurso humano en los centros de salud considera la particular organización y funcionamiento de esos centros, que un personal que contribuye y entrega servicios asistenciales directos a la población usuaria. Aspectos de requerimiento asistencial intensivo, demanda de atención de usuarios y deficiencias frecuentes en el sistema público, plantean desafíos que requieren de especial gestión y liderazgo en el manejo de personal de salud. También es importante considerar la dotación, capacitación y carrera funcionaria del personal y la satisfacción tanto del personal de salud como de los usuarios.

EL PERSONAL ASISTENCIAL DEL NIVEL PRIMARIO

Las características y condiciones del personal asistencial se rigen por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, que se aplica a los trabajadores que pertenecen a una administradora de centros asistenciales de APS, ya sea la municipalidad misma o a la entidad privada a quien la municipalidad delegue la administración. Su rol es ejecutar en forma personal y exclusiva acciones directamente relacionadas con APS, incluyendo acciones que se realizan en rondas asistenciales o bien que faciliten o contribuyan a la realización de las acciones directas de APS. (5)

Las características y condiciones del personal asistencial en hospitales de baja complejidad y nivel primario de atención se rigen por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, que se aplica a los trabajadores que pertenecen a una administradora de centros asistenciales de APS, ya sea la municipalidad misma o a la entidad privada a quien la municipalidad delegue la administración. Su rol es ejecutar en forma personal y exclusiva acciones directamente relacionadas con APS, incluyendo acciones que se realizan en rondas asistenciales o bien que faciliten o contribuyan a la realización de las acciones directas de APS.

El Estatuto de Funcionarios Municipales (ley 18.883) rige a quienes están contratados en los municipios, que complementa a la ley 19.378. Además, los profesionales médicos, químico-farmacéuticos y dentistas se rigen por la ley 15.076, que también les aplica en forma suplementaria. La condición contractual y normativa del personal de APS ha tenido adaptaciones y complementos históricos, a partir de la condición original de la administración municipal.

El personal es clasificado en seis categorías funcionarias:

- Médicos cirujanos, farmacéuticos, químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujano-dentistas
- Otros profesionales (carreras de al menos ocho semestres de duración)
- Técnicos de nivel superior (título técnico de egresado de un centro de formación técnica o de un instituto profesional, que ha aprobado un programa de estudios determinado)
- Técnicos de salud (curso acreditado de al menos 1.600 horas)
- Administrativos de salud (con licencia media)
- Auxiliares de servicios de salud

Los contratos pueden ser indefinidos (ingreso por concurso y según el Estatuto) o de plazo fijo. Las condiciones de carrera funcionaria se establecen según criterios que ponderan las entidades administradoras. La carrera funcionaria es entendida como el conjunto de disposiciones y principios que regulan la promoción, mantención y el desarrollo de cada funcionario en su respectiva categoría. En cada categoría, se constituyen 15 niveles diversos, sucesivos y crecientes (a partir del nivel 15). Cada funcionario es clasificado según experiencia, capacitación y mérito (esto último, según una comisión de calificación comunal). (5)

La remuneración de funcionarios municipales incluye especialmente lo siguiente:

- El Sueldo Base, que es la retribución pecuniaria de carácter fijo y por períodos iguales, que cada funcionario tendrá derecho a percibir conforme al nivel y categoría funcionaria en que esté clasificado o asimilado de acuerdo con él, la ley

y que se encuentre señalado en el respectivo contrato.

- La Asignación de Atención Primaria Municipal, que es un incremento del sueldo base a que tiene derecho todo funcionario por el solo hecho de integrar una dotación.
- Las demás asignaciones, que constituyen los incrementos a que se tiene derecho en consideración a la naturaleza de las funciones o acciones de atención primaria de salud a desarrollar, a las peculiares características del establecimiento en que se labora y a la evaluación del desempeño funcionario. Estas son: la asignación por responsabilidad directiva; la asignación por desempeño en condiciones difíciles; la asignación de zona y la asignación de mérito.
- El director de un consultorio de salud municipal de atención primaria tendrá derecho a una asignación de responsabilidad directiva, de un 10% a un 30% de la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondientes a su categoría funcionaria y al nivel de la carrera funcionaria. Esta asignación será incompatible con cualquier otra asignación de las señaladas en el inciso siguiente en el mismo consultorio que él dirige.
- Asimismo, el personal que ejerza funciones de responsabilidad, conforme a lo dispuesto en el artículo 56, tendrá derecho a percibir esta asignación de responsabilidad directiva, en un porcentaje de un 5% y hasta 15% aplicado sobre igual base.
- Los funcionarios que laboren en establecimientos reconocidos como urbanos o rurales por el Ministerio de Salud y calificados como establecimientos de desempeño difícil por decreto supremo de esa Secretaría de Estado, tendrán derecho a una asignación de desempeño difícil, consistente en los porcentajes señalados en los artículos 29 y 30, aplicados sobre la suma del sueldo base y la asignación de atención primaria municipal correspondientes a su nivel y categoría funcionaria en una carrera referencial lineal diseñada a partir del sueldo base mínimo nacional, en relación con una jornada de cuarenta y cuatro horas semanales.

- El funcionario que ejecute labores en un Servicio de Atención Primaria de Urgencia también tendrá derecho a esta asignación, la que ascenderá a un 15% calculado sobre la suma del sueldo base y de la asignación de atención primaria correspondientes a su categoría y nivel funcionario.
- A partir del año 2003 entra en vigencia la ley 19.813 (Beneficios a Salud Primaria) que dispone una asignación de remuneración base y otra variable, a todos los funcionarios de la salud municipal que mantengan al menos 1 año ininterrumpido de servicio. Las asignaciones base ascienden al 10,3% de las remuneraciones, y las variables se enmarcan en el cumplimiento de un conjunto de indicadores denominados Metas Sanitarias, contemplando dos tramos según se haya logrado: (a) cumplimiento de 75% y menos del 90%: 5,95%; (b) cumplimiento de 90% o más: 11,9%.

Según el estatuto de APS municipal, la dotación adecuada para desarrollar las actividades de salud de cada año será fijada por la entidad administradora correspondiente antes del 30 de septiembre del año precedente, considerando, según su criterio, los siguientes aspectos:

- a) la población beneficiaria.
- b) las características epidemiológicas de la población referida en la letra anterior.
- c) las normas técnicas que sobre los programas imparta el Ministerio de Salud.
- d) la estructura organizacional definida de conformidad al artículo 56.
- e) el número y tipo de establecimientos de atención primaria a cargo de la entidad administradora.
- f) la disponibilidad presupuestaria para el año respectivo.

Para ingresar a una dotación será necesario cumplir con los siguientes requisitos:

- Ser ciudadano. En casos de excepción, determinados por la Comisión de Concursos establecida en el artículo 35 de la presente ley, podrán ingresar a la dotación profesionales extranjeros que posean título legalmente

reconocido. En todo caso, en igualdad de condiciones se preferirá a los profesionales chilenos.

- Haber cumplido con la ley de reclutamiento y movilización, cuando fuere procedente.
- Tener una salud compatible con el desempeño del cargo.
- Cumplir con los requisitos a que se refieren los artículos 6°, 7°, 8° y 9° de la ley.
- No estar inhabilitado o suspendido en el ejercicio de funciones o cargos públicos, ni hallarse condenado o sometido a proceso por resolución ejecutoriada por crimen o simple delito.
- No haber cesado en algún cargo público por calificación deficiente o medida disciplinaria, aplicada en conformidad a las normas de la ley N° 18.834, Estatuto Administrativo, a menos que hayan transcurrido cinco o más años desde el término de los servicios.

CAPACITACIÓN Y CARRERA FUNCIONARIA DEL PERSONAL

La carrera funcionaria deberá garantizar la igualdad de oportunidades para el ingreso y el acceso a la capacitación; la objetividad de las calificaciones y la estabilidad en el empleo; reconocer la experiencia, el perfeccionamiento y el mérito funcionario, en conformidad con las normas de este Estatuto.

El ingreso a la carrera funcionaria se materializará a través de un contrato indefinido, previo concurso público de antecedentes, cuyas bases serán aprobadas por el Concejo Municipal y será convocado por el alcalde respectivo.

Para ser director de establecimiento de atención primaria de salud municipal, se deberá estar en posesión de un título, correspondiente a los siguientes profesionales: (a) Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químicos-Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujanos-Dentistas; (b) Asistentes Sociales, Enfermeras, Kinesiólogos, Matronas, Nutricionistas, Tecnólogos Médicos, Terapeutas Ocupacionales y Fonoaudiólogos, y (c) Otros con formación en el área de salud pública, debidamente acreditada.

El nombramiento de director de establecimiento de atención primaria de salud municipal tendrá una duración de tres años. Con la debida antelación se llamará a concurso público de antecedentes, pudiendo postular el Director que termina su período.

El director que, antes de ejercer como tal hubiere tenido contrato indefinido, volverá a desempeñarse en dicha calidad, sin necesidad de concurso, en establecimientos de la misma comuna y hasta por igual número de horas que tenía contratadas antes de ejercer la función de Director, en el evento que habiendo repostulado no resulte seleccionado en el concurso público respectivo o no vuelva a postular a dicho cargo.

Según el Estatuto de funcionarios municipales, se entiende por carrera funcionaria el conjunto de disposiciones y principios que regulan la promoción, la mantención y el desarrollo de cada funcionario en su respectiva categoría. La carrera funcionaria, para cada categoría, estará constituida por 15 niveles diversos, sucesivos y crecientes, ordenados ascendentemente a contar del nivel 15. Todo funcionario estará clasificado en un nivel determinado, conforme a su experiencia y su capacitación. Para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria se entenderá por:

- Experiencia: el desempeño de labores en el sector, medido en bienios. El reglamento de esta ley establecerá el procedimiento para reconocer los años de servicios efectivos en establecimientos públicos, municipales o corporaciones en salud municipal. Dicho reconocimiento se efectuará en base a la documentación laboral y previsional que permita acreditar los años que cada solicitante pida que se le reconozcan como servidos.
- Capacitación: el perfeccionamiento técnico profesional del funcionario a través de cursos o estadías programados y aprobados en la forma señalada por esta ley y sus reglamentos.
- Mérito: la evaluación positiva que del desempeño del funcionario haga la comisión de calificación comunal.

Para los efectos de la aplicación de la carrera funcionaria, se reconocerán como actividades de

capacitación los cursos y estadías de perfeccionamiento que formen parte de un programa de formación de recursos humanos reconocido por el Ministerio de Salud.

El reglamento establecerá un sistema acumulativo de puntaje mediante el cual se reconocerán las actividades de capacitación que cumplan con los requisitos señalados en el inciso anterior que hayan sido aprobadas por el funcionario como parte de su formación académica y durante su desempeño en establecimientos de atención primaria de salud municipal o en un servicio de salud. Dicho sistema de puntaje será común para todas las categorías funcionarias y considerará el nivel técnico, el grado de especialización y la duración de las actividades de capacitación.

Adicionalmente, en el caso de aquellos profesionales singularizados en las letras a) y b) del artículo 5° del Estatuto, el sistema de puntaje a que se refiere el inciso segundo considerará la relevancia de los títulos y grados adquiridos por los funcionarios en relación con las necesidades de la atención primaria de salud municipal. Asimismo, en el caso de que éstos hayan obtenido un título o diploma correspondiente a becas, u otras modalidades de perfeccionamiento de posgrado, tendrán derecho a una asignación de hasta un 15% del sueldo base mínimo nacional. El reglamento determinará las becas y los cursos que cumplan con los requisitos a que se refiere este inciso y el porcentaje sobre el sueldo base mínimo nacional que corresponderá a cada curso.

Las entidades administradoras de salud del sector municipal podrán celebrar convenios de intercambio transitorio de funcionarios, tanto con otras entidades municipales, como con instituciones del sector público y del sector privado, con el objeto de favorecer la capacitación de su personal. Los profesionales a que se refieren las letras a) y b) del artículo 5° de esta ley podrán participar en concursos de misiones de estudio y de especialización, durante todo su desempeño funcionario.

Dicha participación consiste en comisiones de servicio, con goce de remuneraciones y con obligación de retornar a su cargo de origen, por

lo menos por el doble del tiempo que ésta haya durado. Los funcionarios del Sistema tendrán derecho a participar, hasta por cinco días en el año, con goce de sus remuneraciones, en actividades de formación, capacitación o perfeccionamiento, reguladas por el reglamento.

La gestión de los Recursos Humanos en la Superintendencia de Salud, se caracteriza por su capacidad para incorporar personal con las competencias que facilitan el alcanzar los estándares de desempeño en cada puesto de trabajo y, a su vez, el desarrollo de las estrategias para fortalecer la filiación del personal que la integra con énfasis en la equidad de la recompensa y las oportunidades de desarrollo profesional y personal de los funcionarios para abordar las demandas ciudadanas con nuevas capacidades. A ello se agregan los desafíos gubernamentales por un Estado moderno, construyendo proyectos más transversales y transparentes en la gestión pública.

GESTIÓN DEL PERSONAL EN EL NIVEL PRIMARIO

En la gestión del personal de salud en los centros del SNSS, cobra importancia lo planteado en secciones anteriores respecto a las funciones gerenciales, la dirección y liderazgos que deben asumir, del mejor modo posible, tanto los directores de establecimientos como los jefes de unidades y los encargados y supervisores de proyectos y programas que manejan personal a cargo.

A nivel nacional, el Ministerio de Salud ha establecido un marco normativo que permite dar las adecuadas condiciones para el desempeño del personal de salud. Entre estos aspectos, destaca lo referido a:

- Ascensos y rotación de personal
- Asociación Nacional de Funcionarios de la Superintendencia de Salud (ANFUSIS)
- Asociación Nacional de Funcionarios y Funcionarias de la Superintendencia de Salud, ANFUSIS
- Capacitación
- Estudios de Clima Organizacional

- Planificación Estratégica de Recursos Humanos
- Política de Recursos Humanos
- Procesos de Recursos Humanos
- Relaciones Laborales
- Seguridad y prevención de riesgos
- Servicio de Bienestar

La dirección de los centros y manejo de equipos de salud funciona con equipos multidisciplinarios, pero con una división de trabajo definida, en que destacan los siguientes aspectos:

- El personal de salud representa un grupo de mano de obra intensivo y continuo (puede llegar a ser 24 horas diarias los siete días de la semana, especialmente en atenciones de urgencia).
- Muchas de las actividades son altamente calificadas y delicadas, teniendo incluso responsabilidades legales en caso de mala práctica (en especial el personal médico). Los profesionales de salud tienen una labor artesanal (cada atención o intervención asistencial es única y enfrenta situaciones que pueden ser nuevas de afrontar), Ello significa por ejemplo que no hay dos intervenciones quirúrgicas iguales, y el éxito de una no representa necesariamente probabilidad de éxito de 100% en la siguiente.
- Aunque el SNSS es un importante empleador, los centros de salud no tiene personal cautivo, sino que éste puede emigrar a otros centros o al área privada (más atractivo) en especial en caso de médicos.
- La experiencia, conocimiento y talentos específicos de cada profesional son parte importante de la carrera funcionaria y para asumir cargos de gestión. La capacitación es esencial pero también puede ser una plataforma para facilitar la emigración hacia mejores contratos fuera del sistema (especialmente en médicos).
- La intensidad, alta presión de trabajo y falta de condiciones frecuentes para apoyar un adecuado desempeño, son parte de las causas de conflictos laborales y menor eficiencia.

- La satisfacción del usuario (en una muy estrecha relación humana del trabajo entre el personal asistencial y cada usuario) es un tema esencial en el trabajo del personal de salud, pero cuando hay deficiencias de recursos (frecuente en el sistema público) y baja respuestas a las expectativas y demandas de los usuarios, se transforma en fuente adicional de conflictos y desánimo del personal, no siempre apoyado por sus jefaturas.

Todos estos factores son importantes de monitorear y evaluar. La gestión incluye asumir las medidas que aseguren a cada funcionario asistencial de que tendrá las condiciones y respaldo para ejercer su trabajo, así como prevenir y solucionar los eventuales problemas y conflictos del personal que puedan surgir, y asegurar en conjunto, un adecuado y eficiente clima laboral.

REFERENCIAS

12. Ministerio de Salud. (1979) DL 2763. Reorganiza el Ministerio De Salud y crea los Servicios de Salud, El Fondo Nacional de Salud, El Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Acceso: <http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=6999> (Acceso el 31 de julio, 2015)
13. MINSAL (2012) Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
14. Ministerio de Salud (2016) "Orientaciones para la Planificación y Programación en Red. Año 2016". Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, 2016.
15. Ministerio de Salud (2017) Orientaciones técnicas y metodológicas Compromisos de Gestión, en el marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Formulación COMGES 2017. Acceso:
16. <https://www.ssmaule.cl/minsal/wp-content/uploads/2015/03/Orientaciones-T%C3%A1cticas-COMGES-2017.pdf>
17. Ley No. 19.937 (2004) "Modifica el D.L. N° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana". Acceso:

- http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articulos-553_recurso_1.pdf
18. Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Biblioteca del Congreso Nacional (2008). Disponible en:
<http://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=30745>
 19. Asociación Chilena de Municipalidades (2012). Mecanismos de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal, Marco regulatorio del financiamiento de la salud municipal, Decreto per cápita, cálculo FONASA y ley GES.
 20. http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2012/CURSO_MARCO_JURIDICO_EN_QUE_SE_DESENVUELVE_LA_APS/PPT07.pdf
 21. MINSAL (2010) Estudio de Brechas de Oferta y Demanda de Médicos Especialistas en Chile. Colaboración Técnica Banco Mundial - Gobierno de Chile. MINSAL, Enero de 2010, Disponible en:
http://ciperchile.cl/wp-content/uploads/Estudio_subse_redes_banco_mundial.pdf
 22. MichèleGuillou, Jorge Carabantes C., Verónica Bustos F. "Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile", *RevMed Chile* 2011; 139: 559-570
 23. Colegio Médico de Chile (2013), "Recurso Humano en APS: Formación de profesionales y modelo de salud familiar". Presentación de Médicos de Atención Primaria, Colegio Médico de Chile en VIII Congreso de salud Municipal, Castro 25-27 de noviembre de 2013.
 24. Colegio Médico de Chile. "Recurso Humano Médico. Propuestas para potenciar la Salud Pública". Documento de trabajo, agosto de 2014. www.colegiomedico.cl/ Acceso el 14.7.2015
 25. Bass C., (2013) Perfil de los médicos para la APS, IV Congreso de Salud Municipal, 5 y 6 de noviembre del 2009, Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria <http://www.colegiomedico.cl/> Acceso el 14.7.2015

14. GESTIÓN DEL RECURSO FÍSICO

La gestión del recurso físico e insumos se refiere a los recursos materiales e incluye la infraestructura, el equipamiento y la gestión de insumos y farmacia. El presupuesto para su disponibilidad y mantención procede de diversas fuentes, destacando que una adecuada gestión necesita basarse en adecuados procesos de programación y organización.

ADMINISTRACIÓN DE RECURSOS FÍSICOS E INSUMOS

La preocupación por una adecuada gestión de los recursos físicos ha ido aumentando en el tiempo, pues estos recursos se han ido transformando en un factor bien relevante que ha ido impactando en el incremento de costos de los sistemas de salud. En efecto, junto al envejecimiento poblacional y mayor nivel educacional de las personas, que aumenta la demanda por atención médica, la incorporación de tecnologías se describe entre los factores más importantes para explicar el incremento del gasto que los países hacen en salud.

El concepto de recursos físicos de una institución de salud se refiere a los recursos materiales, edificios, maquinaria (ej. calderas) equipos médicos (ej. ecógrafo), mobiliario, instrumental y material de consumo. La disponibilidad y apropiado uso de estos recursos es fundamental para que el sistema de salud pueda responder de manera adecuada a las necesidades de salud de la población.

De igual modo que los otros recursos, la administración de recursos materiales requiere un adecuado proceso de programación y organización para que la organización de salud pueda alcanzar el objetivo final de contribuir a mejorar el nivel de salud de la población. De manera consistente con este propósito, la función de abastecimiento comprende el conjunto de actividades que se desarrollan para la adquisición, almacenamiento y suministro a pacientes y personal de salud de los medicamentos, alimentos y otros bienes y servicios en forma oportuna y en condiciones de cantidad, calidad y ubicación apropiadas, para que la organización de salud pueda cumplir sus objetivos sociales.

En el caso del sistema de salud público chileno el marco jurídico-administrativo que regula la gestión de recursos físicos e insumos,

que es el mismo para toda la administración pública, distingue las siguientes categorías:

- a) Infraestructura
- b) Equipamiento
- c) Insumos y farmacia.

Cada uno de los tipos de recursos recién mencionados tiene un tratamiento distinto con partidas presupuestarias y contables diferentes. Este manejo es definido por el Ministerio de Hacienda en un instrumento técnico denominado Clasificador Presupuestario, que tiene una lógica equivalente a lo que en salud es la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), pues define dónde y cómo registrar la información correspondiente a ingresos y gastos que comparten una cierta naturaleza. De este modo, los grandes grupos (equivalentes a grandes causas de la CIE) son: Subtítulo 21 (Gastos en personal), Subtítulo 22 (Bienes y servicios de consumo - Farmacia) y Subtítulo 31 (Inversiones).

GESTIÓN DE LA INFRAESTRUCTURA

La construcción, ampliación o reposición de los centros asistenciales dependen de inversiones en las cuales intervienen los Ministerios de Salud, Desarrollo Social y Hacienda y son orientados por estudios de la red asistencial. Los establecimientos bajo administración municipal pertenecían previamente al SNSS y con el proceso de traspaso de administración a los municipios, el patrimonio de esos centros fue entregado a los municipios. Sin embargo, hasta la actualidad y en general, las inversiones en los centros municipales son aportadas por estimaciones estatales propuestas por el Ministerio de Salud.

El equipamiento que pueda tener cada centro de APS depende de las posibilidades financieras regulares o de inversión que tenga cada centro y municipio, lo que es muy variable entre ellos. Bajo la administración municipal, los municipios

tienen la responsabilidad de mantener y equipar sus establecimientos de APS. Hay programas específicos destinados a aumentar la capacidad resolutoria de la APS, pero no se cuenta con datos nacionales oficiales sobre la disponibilidad de equipamiento relevante a nivel de cada centro o municipio, en especial aquellos equipos destinados a apoyar las actividades diagnósticas, terapéuticas e informativas que deben cumplir los centros de APS.

El tipo y complejidad de cada centro asistencial que realiza APS debiera ajustarse al crecimiento y cambios en la población a la cual fue destinado originalmente a servir, lo que requiere acomodación de su infraestructura y recursos. En las últimas cuatro décadas, la población chilena ha aumentado en 61%, pero la variación del tamaño de población comunal ha sido bastante heterogénea, por la marcada urbanización de la población y el crecimiento de las grandes ciudades. El cambio demográfico y epidemiológico de la población también es un factor que debiera ser considerado al revisar lo que es necesario ajustar en el tipo, complejidad y número de centros de nivel primario, para que la infraestructura de esos centros sea más coherente con la demanda esperada, y la acción que es necesario hacer en la comunidad.

Los centros que realizan APS tienen distinto grado de antigüedad de construcción, obsolescencia y acomodación para servir a las necesidades y demanda local. Si bien se ha hecho un gran esfuerzo importante en la construcción de nuevos centros de APS, especialmente desde 2005, aún quedan muchos de ellos que fueron contruidos hace varias décadas y destinados a proveer asistencia a una demanda que ha variado y aumentado en la población del área geográfica cubierta, que ha aumentado especialmente en las áreas urbanas. La población del país aumentó en 40,6% entre 1990 y 2018 y la proporción urbana aumentó de 83,5% a 87,0% en ese lapso.

Al aumentar la población en algunas áreas urbanas emergentes, no es fácil poder cambiar o aumentar la infraestructura en el corto plazo, para convertirlo en un centro ambulatorio más complejo bien crear un hospital cuando ello se haga necesario. Los consultorios generales de áreas urbanas cubren tamaño de población más

grande, pero la cobertura de las áreas internas más pequeñas (barrios o sectores geográficos de una comuna) puede ser bastante más heterogénea. La población de cada sector geográfico específico puede tener muy diversa condición socioeconómica, vulnerabilidad social y sanitaria, y problemas en salud.

GESTIÓN DEL EQUIPAMIENTO

La gestión de los equipos dependerá del tipo de equipo. De este modo, existen equipos que requieren instalaciones complejas (ej. calderas, ascensores), que generalmente están incluidos en el contrato de construcción y cuyas especificaciones se deben hacer al indicar las características que deben tener los recintos que alojarán dichos equipos. Por estas razones, los equipos incluidos en esta categoría tienen vidas medias largas.

Otra categoría de equipos corresponde a aquellos que pueden desplazarse fácilmente, o que requieren instalaciones sencillas que pueden ser intercambiables. Esta categoría incluye mobiliario médico o de oficinas, equipos terapéuticos y diagnósticos (equipos de imagenología, ventiladores mecánicos, luminarias de pabellón, mesas quirúrgicas, entre otros), equipos de farmacias, laboratorio, etc. Este tipo de equipos tiene una vida media de extensión intermedia, que es mayor a 5 años.

Los instrumentos, corresponden a herramientas o utensilios que se pueden manejar manualmente, como el instrumental quirúrgico, de cocina, lavandería, etc. Debido a sus características y uso, este es material que tiene alto desgaste y su vida media es generalmente inferior a 5 años.

En el caso de la APS y también en los convenios tipo PRAPS, se incluye el equipamiento para imágenes diagnósticas, que entregan recursos para la compra de estos servicios, y la telemedicina que entrega equipamiento mínimo para algunas actividades complementarias.

Dado que los centros asistenciales bajo administración municipal pertenecen al patrimonio de los municipios, la inversión y mantenimiento de equipamiento tecnológico

recae en los fondos municipales. En el caso de los hospitales de baja complejidad, el aporte de ese equipamiento depende de las Direcciones de servicios de Salud.

Bajo el uso de tercerización (compra de servicios externos privados), los centros de nivel primario y hospitales de baja complejidad pueden contratar servicios como laboratorios y otros, de entidades externas.

GESTIÓN DE INSUMOS (MEDICAMENTOS Y OTROS)

Finalmente, existe la categoría de Insumos o Material de consumo, que corresponde a aquel que se usa en su totalidad para la operación del establecimiento de salud y requiere un tipo de gestión que esté permanentemente renovando la cantidad disponible en el establecimiento para que este funcione. Esto último se denomina stock y para cada producto, normalmente se define un nivel crítico (stock crítico), que es el nivel mínimo necesario para que el establecimiento se mantenga en operación considerando los tiempos involucrados en la reposición de esos materiales.

Dicho de otro modo, al alcanzar el nivel de stock crítico, se gatillan los procesos de reposición de dichos insumos para que el establecimiento pueda contar con los nuevos insumos antes que los insumos del stock se agoten. Los medicamentos representan el tipo de material de consumo más relevante por su alto impacto en el presupuesto de bienes y servicios de consumo del establecimiento. El nivel de gasto de los Insumos o Material de consumo varía de acuerdo con el nivel de actividades asistenciales que se entregan a la población, es decir el gasto será mayor si se aumenta el nivel de producción asistencial del establecimiento.

La gestión de insumos, especialmente de medicamentos, incluye siete procesos centrales: selección; estimación / adquisición conjunta; almacenamiento; disposición final; distribución; promoción del uso racional; y farmacovigilancia. En la Política Nacional de Medicamentos se han establecido las estrategias gubernamentales entorno a la racionalidad del uso de los medicamentos, que se expresan en una serie de líneas de acción destinadas a verificar procesos

de selección, prescripción, dispensación y uso de medicamentos, que se desarrollen de manera técnica, independiente de intereses económicos y en la búsqueda de la mejor terapéutica posible.

El Formulario Nacional de Medicamentos establece el listado primordial de selección en el sistema público de salud, que deben ser cubiertos en el sistema público de salud para los beneficiarios de este, en los distintos niveles de complejidad de los establecimientos de salud del sistema público y que sirve como referencia para los petitorios farmacéuticos exigidos para las farmacias comunitarias o comerciales.

Las recomendaciones internacionales respecto de la elaboración de listados de medicamentos en los Formularios destacan los siguientes aspectos:

- Eficacia y seguridad (basadas en la evidencia).
- Necesidad (perfil de enfermedades prevalentes; aspectos demográficos, genéticos y ambientales).
- Costo (comparativo, relación beneficio-costos).
- Recursos humanos y facilidades existentes en los establecimientos de salud.
- Limitar el número de principios activos, formas farmacéuticas y concentraciones a lo estrictamente necesario.
- Restricción de las combinaciones a dosis fija.
- Conveniencia (ventajas en la administración o dosificación).
- Experiencia de uso (relativo).
- Disponibilidad del fármaco en el mercado nacional (relativo).
- Garantía de la calidad y autorización de registro sanitario.
- Empleo de nombres genéricos (preferentemente la DCI).
- Restricciones de uso (niveles de atención, otras).

La selección es el punto de partida y pilar fundamental del sistema de suministros. Se refiere a la elección de los medicamentos e insumos de salud realmente requeridos para atender a la población objeto, teniendo encuentra las guías definidas para el diagnóstico y tratamiento de las principales patologías en el país o entidad.

La estimación de necesidades/ adquisiciones la cuantificación de las cantidades de cada insumo requeridas para un determinado período de tiempo y la negociación y compra con los proveedores adecuados para ello; tiene como objetivo disponer de los productos con calidad, en el momento oportuno, en la cantidad requerida y a precios asequibles para una adecuada prestación de los servicios.

El almacenamiento es el proceso que garantiza la conservación de los insumos bajo las condiciones establecidas por el fabricante de manera que se conserve su efectividad a la hora de ser utilizado en las personas. Igualmente, el proceso de almacenamiento garantiza la custodia de los inventarios.

Para esos fines, el proceso de almacenamiento requiere de una adecuada infraestructura física (pisos, paredes, techos, iluminación, condiciones ambientales) y dotación (estanterías, escritorios, escaleras, lámparas, aires acondicionados, señalización, termo-higrómetros, pallets o estibas, entre otros)

El proceso de disposición final se refiere al adecuado manejo, desactivación (cuando aplica) y disposición final de los residuos, cuya metodología varía según el tipo de residuo.

La distribución es el proceso que abarca el movimiento y traslado del insumo desde el almacén o bodega central, hacia los almacenes de las regionales, hospitales, unidades, clínicas comunales u otras unidades de atención al usuario.

Incluye también la distribución interna, que se refiere al movimiento de insumos entre la bodega o servicio farmacéutico de cada punto de atención y los demás servicios de ese mismo punto de servicio (emergencias, hospitalización, laboratorio, entre otros).

La promoción del uso racional consiste en un conjunto de estrategias dirigidas a proporcionar el uso adecuado de los medicamentos e insumos de salud, brindando una información básica sobre ellos, que compromete principalmente a los profesionales del área de la salud: farmacéuticos, prescriptores, organismos de

salud y laboratorios farmacéuticos entre otros, así como a la comunidad.

Fármaco-vigilancia, se define por la OMS como la ciencia y las actividades relativas a la detección, evaluación, comprensión y prevención de los efectos adversos de los medicamentos o cualquier otro problema de salud relacionado con ellos.

Los administradores municipales cuentan con unidades de Compras o Adquisiciones, que junto al profesional Químico Farmacéutico programan anualmente la compra de los medicamentos comprendidos en el arsenal farmacológico para la APS a CENABAST.

La Central Nacional de Abastecimiento del SNSS (CENABAST) tiene un incumplimiento promedio de 20% (el cual se ha venido reduciendo en los últimos años), al no funcionar más como una Central sino como un comprador estatal intermedio. Los incumplimientos de CENABAST son una de las causas de endeudamiento de las instituciones sanitarias públicas, pues al tener que buscar otras rutas de adquisición de medicamentos, están sujetos a las condiciones de sobreprecio del mercado de laboratorios (ya que estas compras son urgentes y de bajos volúmenes).

Este es uno de los principales nodos críticos en la gestión de los establecimientos de APS, ya que además la compra directa a laboratorios privados sólo es expedita para las Corporaciones privadas de administración de salud municipal. Este es uno de los orígenes de las iniciativas de Farmacias Populares y Comunitarias municipales, y de la asociación de estas para realizar compras conjuntas de mayor volumen y evitar sobreprecios.

Para mitigar los quiebres de stock de medicamentos, frecuentes en la APS, en los últimos años los establecimientos reciben de los Servicios de Salud un Programa especial de financiamiento llamado Fondo de Farmacia, que exige un stock permanente de fármacos prioritarios (antihipertensivos, hipoglucemiantes orales, hipolipemiantes, etc.).

REFERENCIAS

1. OPS/OMS (1990) Guía para el desarrollo de recursos físicos en salud. Disponible en:

- <http://digicollection.org/hss/documents/s17338s/s17338s.pdf>
2. Dirección de Planeación Nacional Colombia (2018) Construcción y dotación de infraestructura básica en salud. Disponible en: <https://proyectostipo.dnp.gov.co/images/pdf/salud/PTsalud.pdf>
 3. Rivadero P (2016) Gestión de recursos materiales. Disponible en: <https://www.slideshare.net/albertososa/gestin-de-recursos-materiales>
 4. Ministerio de Salud de Chile (2016). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Dirigido a equipos de salud. Minsal [Internet]. 2012;1-143. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
 5. Ministerio de Desarrollo Social (2013). Metodología de Preparación, evaluación y priorización de proyectos de atención primaria del sector salud.
 6. Ministerio de Salud de Chile (2016) Guía para la gestión del uso de medicamentos. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/92fb636790a543cce0400101e010193.pdf>

15. GESTIÓN FINANCIERA LOCAL

La gestión financiera de cada centro de salud, aunque sean relativamente pequeños o de baja cuantía de presupuesto, representa una tarea de particular responsabilidad y dedicación, cuyo responsable final es el director del centro de salud. Tanto la asignación y distribución del financiamiento como el financiamiento municipal son importantes aspectos de considerar en la gestión financiera.

GESTIÓN FINANCIERA DE CADA CENTRO DE SALUD

El grado en que los centros de salud participan en la gestión de fondos y los recursos financieros varían según la naturaleza del centro de salud, su tamaño y la estructura de los servicios nacionales de salud. Sin embargo, todos los servicios de salud tienen que administrar dos tipos de fondos: (a) los que reciben por asignación presupuestaria. (b) El dinero efectivo que maneja el centro, en general para gastos relativamente pequeños en cantidades (caja chica). Cabe destacar que los centros de nivel primario y los hospitales de baja complejidad en general no reciben ingresos directos importantes de parte de los usuarios, al momento de uso.

A pesar de que pueden ser centros de relativo bajo número de personal y complejidad, la administración financiera interna resulta un complejo y delicado proceso de alta responsabilidad. Sus movimientos están sujetos a auditoría y deben circunscribirse al gesto n el ítem específico para el cual el presupuesto fue asignado. El encargado de finanzas en esos centros es responsable del manejo de todos los detalles financieros. Sin embargo, el responsable final del manejo de finanzas es el director del establecimiento.

No siempre los centros de nivel primario y hospitales de baja complejidad tienen personal capacitado para cumplir con la gestión financiera. Ello implica la necesidad de capacitar personal y monitorear su adecuado desempeño, especialmente por parte del director del centro. Las funciones mínimas de gestión financiera incluyen: preparación del presupuesto y proyección del flujo de caja; asignaciones presupuestarias y gastos; gestión de ingresos y gastos en efectivo; monitoreo e informes financieros; y el uso de información financiera para tomar decisiones.

Es necesario mantener un transparente y ordenado control de la gestión financiera. Una buena práctica financiera requiere que se cumpla con los siguientes aspectos_

- Todos los registros de contabilidad, diarios y libros mayores están actualizados.
- Todos los informes financieros se preparan y envían de manera oportuna.
- Los procedimientos para el uso de caja chica están debidamente desarrollados.
- Todos los gastos que no sean caja chica se pagan con cheque.
- Las actividades financieras están separadas de tal manera que una sola persona nunca se registra, revisa y autoriza cualquier transacción completa.
- Se siguen los procedimientos para autorizar compras.
- Se han implementado medidas de seguridad para proteger los activos, libros y registros de manipulaciones o robos
- Se realiza un inventario físico de los activos fijos y suministros al menos una vez al año.
- El extracto bancario se concilia mensualmente.
- Existe un plan financiero y / o una estrategia financiera que conduce a una mejor recuperación de costos.
- El personal de administración financiera está involucrado tanto en el programa como en la planificación financiera procesos.
- Se desarrolla un presupuesto anual realista a partir del plan de trabajo.
- La organización tiene un presupuesto unificado, así como sub-presupuestos para diferentes programas y / o donantes. El sistema

de contabilidad asigna adecuadamente los gastos a diferentes programas y / o donantes.

- Las líneas de pedido en el plan de cuentas, el presupuesto y los informes financieros de gestión se corresponden entre sí.
- El flujo de caja se controla adecuadamente y se proyecta para el año, por lo que no hay períodos de escasez de efectivo.
- Los gastos reales se comparan trimestralmente con el presupuesto y la acción correctiva es tomado como resultado de estas comparaciones.

ASIGNACIÓN Y DISTRIBUCIÓN DEL FINANCIAMIENTO

Existen cuatro tipos de aportes principales: a) el aporte estatal mensual basado en el per cápita basal, fijado por decreto anual del ministerio de salud, que se incrementa por algunos indexadores: en promedio se ajusta por los siguientes factores: pobreza (2,8%); ruralidad (5,2%); adulto mayor (1,4%), y zona (3,0%); b) Aporte estatal por convenios específicos para actividades especiales, como financiamiento de SAPU (salas ERA), aporte complementario parcial por el costo de patologías GES; c) aporte estatal por leyes de funcionarios de APS, que se relacionan con leyes de incentivos; y d) lo que cada municipio porta, según acuerdo de cada Concejo municipal y disponibilidad financiera local.

El aporte estatal dirigido al cumplimiento de programas específicos también incluye Chile Crece Contigo, Equidad en Salud Rural, Sistema de Urgencia Rural, Rehabilitación Integral de Base Comunitaria y otros. Además, del aporte de cada presupuesto municipal, se cuenta con aportes del Fondo Común Municipal.

En 2015, el per cápita final fluctuó entre 7.782 pesos mensuales en Quinchao y 4.410 pesos mensuales en Quilicura.

La modalidad de asignación y distribución financiera se basa en objetivos (explícitos e implícitos) que buscan una serie de beneficios esperados (como vincular pagos con eficiencia en desempeño y resultados, eficiencia distributiva y equidad). La normativa vigente entrega gran

responsabilidad de cumplimiento a los municipios, lo que se liga al financiamiento (como lo indicado en normas y programas de salud, convenios y el Programa GES). En este contexto, se produce un exigente requerimiento normativo de acción impuesto por la autoridad rectora del SNSS (el Ministerio de Salud), que en algunos aspectos se liga al financiamiento - lo que no es coherente ni consecuente con la muy diversa capacidad asistencial y recursos locales que poseen los municipios y centros de APS; ello es más crítico en comunas y municipios más pobres. Para que existan condiciones que permitan el cumplimiento normativo asistencial de los centros APS, no resulta suficiente el aporte financiero que proviene desde los Servicios de Salud o de otras fuentes locales municipales. En consecuencia, no se puede cumplir con todo lo solicitado.

Es función y responsabilidad básica del Ministerio de Salud, que se logren financiar todos aquellos recursos y funciones de APS que son necesarias, en forma adecuada, oportuna y suficiente. Pero dicha responsabilidad no sólo no se cumple a cabalidad, sino que dicha autoridad sobre exige cumplir un desempeño limitado por déficit financiero e incluso se castiga, vía manejo de incentivos. Las Direcciones de Servicios de Salud, que son la contraparte sanitaria del convenio con municipios, no tienen mayor injerencia sobre el financiamiento que es asignado y distribuido con los criterios y condiciones determinados por la autoridad sanitaria del nivel nacional.

FINANCIAMIENTO MUNICIPAL

Cada entidad administradora de salud municipal recibirá mensualmente, del Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud y por intermedio de las municipalidades correspondientes, un aporte estatal, el cual se determinará según los siguientes criterios:

- a) Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas;
- b) Nivel socioeconómico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud;

c) El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna, y

d) Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral.

El aporte a que se refiere el inciso precedente se determinará anualmente mediante decreto fundado del Ministerio de Salud, previa consulta al Gobierno Regional correspondiente, suscrito, además, por los ministros del Interior y de Hacienda. Este mismo decreto precisará la proporción en que se aplicarán los criterios indicados en las letras a), b) c) y d) precedentes, el listado de las prestaciones cuya ejecución concederá derecho al aporte estatal de este artículo y todos los procedimientos necesarios para la determinación y transferencia del indicado aporte. Las municipalidades deberán publicar anualmente un balance que permita conocer los montos de los aportes a que se refiere el artículo anterior y la forma como han sido administrados.

La APS bajo administración municipal se financia de acuerdo a lo estipulado en el Estatuto de Salud Municipal (ley 19.738). Allí se destaca el pago per cápita (art. 49); y el pago prospectivo por prestación o programas por convenios (Art. 56).

Según el Art. 49, el aporte estatal se determina según los siguientes criterios: (a) Población potencialmente beneficiaria en la comuna y características epidemiológicas; (b) Nivel socio-económico de la población e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud; (c) El conjunto de prestaciones que se programen anualmente en los establecimientos de la comuna, y (d) Cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna, en base a una evaluación semestral. (5,6)

Para el cálculo per cápita basal se aplica una fórmula que incluye, en distintas proporciones, el costo asistencial directo (esencialmente personal), administración del establecimiento y municipal, farmacia, y gasto operacional. Esa

estimación basal es luego ajustada por pobreza, riesgo asociado a edad, ruralidad y asignación de zona, y desempeño difícil. El aporte basado en per cápita se complementa con los aportes adicionales indicados en el Art. 56, que se entregan por convenios entre los Servicios de Salud y los municipios. Se cuenta además con otros aportes fiscales y con el pago por el Programa GES en la APS municipal. Este último Programa considera tres tipos de aportes: el que forma parte del per cápita; por convenios complementarios; y por entrega de productos (medicamentos) y servicios. Cada modalidad de aportes tiene sus objetivos y limitaciones, destacando que la asignación per cápita a centros de APS tiende a estar desfinanciada, por cuanto no considera el requerimiento básico de financiamiento de cada comuna y centro asistencial (ya que corresponde a estimaciones centrales y verticales). A su vez, el Programa GES realiza aportes que no son suficientes para cubrir el creciente número de actividades que realiza en APS.

En consecuencia, el financiamiento necesario para desempeñar adecuadamente los requerimientos del modelo de atención actual y plan de salud familiar, así como a las prestaciones del Programa GES, ha aumentado de forma significativa las brechas financieras, mientras que la modalidad de estimar el mayor financiamiento (especialmente necesidad de ajustar el valor per cápita y convenios) no se ha adecuado en debida consecuencia.

El costeo del “plan de salud familiar” incluía en 2010, 79 tipos de prestaciones por ese concepto más 12 prestaciones por el programa GES (91 en total). Las variables (llamadas indexadores) para ajustar el pago per cápita, no se apoyan en forma precisa relacionada con las condiciones demográficas, epidemiológicas y socioeconómicas de la población de cada comuna (sino del nivel financiero de los municipios) y no representan mecanismos de ajuste adecuados a lo que se pretende lograr, como por ejemplo mayor equidad en distribución del financiamiento.

REFERENCIAS

1. Debrott D (2015) Financiamiento de la APS Municipal. Congreso de Salud Primaria Municipal Viña del Mar, 16 a 19 de junio de 2015
2. Vargas V (2011) Revisión crítica de la fórmula de financiamiento en la AP Presentación UAH,
3. http://www.achm.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2011/SEMINARIO_DE_SALUD_MUNICIPAL_MACRO_ZONA_SUR_VALDIVIA/PPT12.pdf
4. Ximena Meyer Álvarez (2011) Financiamiento de la APS, una preocupación de todos. Directora de Salud Municipalidad Chillán. Presentación XXXVI Escuela de capacitación Pucón, 2011, ACHM
5. Ximena Meyer Álvarez (2011) Financiamiento de la APS, ACHM, Valdivia, 26 de Mayo de 2011
6. Mecanismos de Financiamiento de la Atención Primaria de Salud Municipal, Marco regulatorio del financiamiento de la salud municipal, Decreto per cápita, cálculo FONASA y ley GES.
7. http://www.munitel.cl/eventos/seminarios/html/documentos/2012/CURSO_MARCO_JURIDICO_EN_QUE_SE_DESENVUELVE_LA_APS/PPT07.pdf
8. Casanova C. (2009), Estudio análisis de requerimiento de actualización, ajuste y aumento del aporte estatal en contexto del financiamiento de la APS municipal en Chile. Publicación ACHM 2009.

16. GESTIÓN DE LA ESTRATEGIA DE APS

La gestión de centros de nivel primario un trabajo activo en el contexto comunitario (extra- mural). Ese tipo de gestión se orienta por la estrategia de APS y el modelo ministerial de “Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario”. En el caso chileno, las diversas localidades son muy diversas en las condiciones socioeconómicas y de vulnerabilidad que tiene cada comunidad.

GESTIÓN CON LA COMUNIDAD

El principio de que la acción de APS incluye el trabajo activo con toda la comunidad - la que incluso debiera participar en la planificación de la APS - no ocurre de modo global en el caso chileno. La labor extramural o fuera de los centros asistenciales (cobertura activa) requiere tener un foco social adicional respecto al trabajo con las familias, probablemente con apoyo municipal. El foco en las familias como unidad básica de acción no es claro, o más bien un tema difícil de abordar en la práctica, por la gran heterogeneidad de las características familiares en la comunidad.

Aquellos municipios que tengan mayor capacidad, interés y condiciones para contribuir a una función más completa de APS incluyendo trabajo activo con la comunidad, podrían ser pioneros nacionales en el tema (y ejemplo para el resto de las comunas). Se espera que tengan más condiciones para aportar personal, tiempo, medios de transporte, lugares y estrategias para lograr la participación de la comunidad, junto a otros sectores y grupos sociales, algunos de los cuales ya forman parte de los grupos que lidera el municipio, especialmente aquellos del ámbito social.

Es importante considerar estrategias de comunicación social y educación sanitaria adaptada a la cultura local prevalente. Entre los mecanismos a utilizar destacan la información aportada por los medios de comunicación masiva, y las estrategias de cómo difundir y llegar con información, educación, empoderamiento y motivación a los diversos grupos de la población, para favorecer una activa participación comunitaria.

Cabe considerar que la participación comunitaria de la APS parece ser particularmente necesaria en sectores de menores ingresos y mayor vulnerabilidad social. Cabe recordar que la comunidad local en Chile tiende a adquirir un rol

relativamente pasivo como receptor o beneficiario de una provisión paternalista de servicios. Por ello se requieren estrategias especiales, que consideren aspectos culturales, para lograr una efectiva participación de la comunidad en la APS, enfatizando el foco en la promoción y prevención de los distintos grupos de la población

La gestión de centros de nivel primario tiene un enfoque que se aplica no solo al interior del establecimiento asistencial (intramural) sino que además incluye el trabajo en el contexto comunitario (extra- mural). Dicha gestión se orienta por la estrategia de APS y el modelo ministerial de “Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario” que a su vez se identifica plenamente con dicha estrategia. En el caso chileno, las diversas localidades son muy diversas en las condiciones socioeconómicas y de vulnerabilidad de su población.

En 2012, el Ministerio de Salud desarrolló el “Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud”. Este modelo está particularmente dirigido a los equipos de salud de la red de atención de salud del SNSS.

En lo que respecta a la acción comunitaria, el modelo destaca que la atención debe: estar centrada en las personas, tener un énfasis en lo promocional y preventivo; con un enfoque familiar, ser integral, estar centrada en la atención ambulatoria, e incluir la participación comunitaria en salud, y la intersectorialidad.

ATENCIÓN PRIMARIA ORIENTADA A LA COMUNIDAD

El enfoque de “Atención Primaria Orientada a la Comunidad” (APOC) combina las perspectivas de medicina comunitaria y de APS. Según este enfoque, se requiere que cada centro cuente con una serie de elementos y condiciones adecuadas

para asegurar que se cumplan los objetivos del trabajo efectivo con la comunidad. (Gofin 2007)

Entre los elementos y condiciones requeridas, destaca:

- Un adecuado conocimiento de toda la población asignada, identificando a sus diversos grupos y características de la población;
- Un centro asistencial que reúna condiciones de responder a la comunidad;
- Un equipo asistencial multidisciplinario, que se pueda configurar según los recursos disponibles;
- Condiciones de asegurar el mejor acceso posible de las personas según necesidad, sin barreras económicas, sociales o de otro tipo;
- Que el equipo de trabajo que reúna competencias tanto clínicas individuales, como de salud pública aplicada a la comunidad local;
- Que el centro asistencial tenga los recursos y condiciones para la movilización del equipo de trabajo fuera del establecimiento, con la comunidad; y
- La efectiva participación comunitaria (individual y colectiva) en su propio cuidado así como con la interacción efectiva con el centro asistencial.

PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN SALUD

Según Alma-Ata, la APS “...exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud”. También indica que “El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud”. En el caso chileno y en general, la comunidad es un receptor pasivo (no participante) de las acciones de APS y no tiene ninguna injerencia relevante (formal o informal) en la planificación, gestión o control de los centros de nivel primario que desempeñan APS.

La participación comunitaria es influida por las condiciones y motivación que pueda tener la

población para poder participar en materias comunitarias de interés común, especialmente en torno al municipio. También se puede facilitar con los Consejos de Desarrollo Local, y las estrategias de promoción social en salud del personal asistencial enfocadas en la comunidad. Sin embargo, existen una serie de obstáculos de la población y en su actual cultura, para participar activamente y en forma mayoritaria, en los aspectos de actividad comunitaria. Destacan aspectos de desconfianza y escasa sensación de pertenencia o identificación con la comunidad, donde la participación se tiende a dar sólo en grupos pequeños y seleccionados de cada comunidad.

Para un adecuado trabajo e interacción con la comunidad, el Manual de Apoyo al Modelo de Atención Integral plantea realizar procesos de negociación, creación de alianzas estratégicas, acción intersectorial, planificación participativa, y crear espacios de participación y ejercicio de derechos.

En la negociación, se busca alcanzar acuerdos y con beneficios mutuos, orientados a lograr un interés común.

Las alianzas estratégicas con las distintas entidades y sectores locales permiten reconocer y poder integrar y coordinar los distintos esfuerzos que los distintos actores hacen, hacia el progreso en torno a salud y desarrollo de la comunidad. Ello favorece una acción intersectorial conjunta, incluyendo el amplio abordaje de los diversos determinantes de la salud. Al equipo de salud local le da la oportunidad de un liderazgo que requiere determinadas habilidades y competencias, así como enfocar su acción en torno a la estrategia global de APS.

En la planificación participativa, se puede integrar el diagnóstico participativo que realiza la comunidad y conjugarlo con los requerimientos y posibilidades basadas en los lineamientos y programas del sector salud, para una planificación que pueda integrar ambos enfoques. Sin embargo, las posibilidades de desempeño del centro asistencial no siempre coinciden con las necesidades y expectativas ciudadanas, debido a las crónicas limitaciones de

recursos que tiende a tener del SNSS respecto a la gran demanda asistencial de la población.

Es importante que el equipo del centro asistencial pueda funcionar en redes activas de protección social y de apoyar la generación de estrategias y articular políticas locales, donde el municipio tiene un rol integrador y coordinador esencial.

INTEGRACIÓN INTERSECTORIAL LOCAL

Este tipo de integración ha sido relativamente efectiva en algunos programas específicos de integración local, como Chile Crece Contigo y en acciones relacionadas con desastres. Los Consejos de Desarrollo son útiles y es importante conocer qué herramientas y recursos existen para una acción conjunta en relación con salud (como salud mental, seguridad laboral, obesidad, transportes, educación sanitaria, deportes) que favorezcan la salud de la población local. La administración municipal de educación tiene elementos comunes con salud. Es necesario que el aspecto de integración intersectorial sea monitoreado en todos los municipios que realizan administración en salud y educación, para estimar el grado de integración intersectorial, sus falencias y las medidas tendientes a mejorarlas.

El trabajo con el sector educación a nivel local resulta crucial, por cuanto allí se puede ayudar a la educación sanitaria, la promoción y prevención en salud. También es útil porque allí se cuenta con poblaciones relativamente cautivas (niños y adolescentes), lo que facilita la educación sanitaria con énfasis en promoción, prevención y vida saludable en esos grupos.

En las escuelas bajo administración municipal se cuenta con beneficios de la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas (JUNAEB), que incluye

aporte alimentario y también registra factores de riesgo y alguna morbilidad escolar.

REFERENCIAS

- 1 Organización Mundial de la Salud (2008). "Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud, Alma-Ata URSS, 6-12 de septiembre de 1978", patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Ginebra: 2008. Disponible en: http://www.who.int/whr/2008/o8_report_es.pdf
- 2 Organización Panamericana de la Salud (2008). "Sistemas de salud basados en la atención primaria de salud: Estrategias para el desarrollo de equipos de APS. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)" Washington, 2008.
- 3 Organización Mundial de la Salud (2018). "Conferencia Mundial Sobre Atención Primaria de Salud: Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible" Ginebra: 2018. http://www.who.int/whr/2008/o8_report_es.pdf
- 4 Gattini C. (2019) Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos. OCHISAP. Disponible en: http://www.ochisap.cl/images/ene20/APS_en_Chile_e_Internacional_Gattini_OCHISAP_2019.pdf
- 5 MINSAL (2012) Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Dirigido a Equipos de Salud. MINSAL, 2012. <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
- 6 Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente (2014) Diagnóstico Participativo, Orientaciones Técnicas. Disponible en: <https://redsalud.ssmso.cl/wp-content/uploads/2018/08/Orientaciones-para-realizar-Diagn%C3%B3sticos-Participativos-Final-2.0.pdf>

GLOSARIO OPERACIONAL

Acceso	La posibilidad de obtener atención de salud cuando se necesita (accesibilidad) o el uso o utilización de los servicios de salud (acceso efectivo). Una medida de la proporción de población que contacta y recibe servicios apropiados de salud
Accesibilidad	La posibilidad de obtener atención de salud cuándo es necesario.
Acreditación de condiciones de eficiencia:	Evaluación en que se cuantifican aspectos cualitativos de condiciones de estructura o proceso de un programa o centro asistencial, en relación a un estándar definido como adecuado para permitir eficiencia.
Alerta	Aviso o informe de alerta o precaución sobre una situación relacionada con la salud que está bajo vigilancia de salud pública, respecto a una zona geográfica definida y población bajo seguimiento, en un punto definido de tiempo.
Atención primaria	Estrategia de proveer atención integral de salud
Calidad	Grado en el que un conjunto de características inherentes a una institución cumple con los requisitos habituales o de práctica común para la organización, respecto a una necesidad o expectativa establecida.
Calidad asistencial	Excelencia en la atención médica otorgada al usuario, con oportunidad, competencia profesional y seguridad, con respeto a los principios éticos de la práctica médica, tendiente a satisfacer las necesidades de salud y sus expectativas.
Competencia gerencial	Capacidad de los tomadores de decisión (y coordinadores de equipos clínicos) para utilizar sus conocimientos, habilidades, destrezas y su propio juicio para lograr un excelente y coordinado desempeño asistencial del equipo.
Desigualdad	Distribución que no es igualitaria, donde las variaciones no ocurren por azar.
Disparidad	Distribución que no es igualitaria, donde las variaciones no ocurren por azar.
Efectividad	Grado en que una intervención de salud produce resultados beneficiosos de impacto sanitario, en el conjunto de una población objetivo. Medida en que una determinada atención, mejora el estado de salud o resuelve la necesidad de salud del que la recibe (a nivel individual, o bien colectivo en la población), y cuyo impacto se logra por acciones llevadas a cabo bajo condiciones habituales de la práctica médica.
Efectividad clínica	Condición en la cual un centro asistencial, en línea con el estado actual de conocimiento, provee bienes y servicios asistenciales que logran el efecto esperado según normas y guías clínicas, y con el mejor uso posible de los recursos.

Eficiencia	Relación entre el resultado alcanzado y recurso utilizado. Es el grado de otorgar el mayor beneficio posible, al menor costo razonable, considerando los costos y recursos asignados, de modo que se pueda lograr una mayor producción con el mismo recurso o costo, o bien una similar producción utilizando menores recursos o costos.
Ética médica	Ejercicio de una buena práctica profesional, mediante la búsqueda del beneficio del paciente, con privacidad y confidencialidad, dirigida a preservar su dignidad, su salud y su vida.
Equidad	Distribución 'justa' de oportunidades del bienestar según las necesidades de las personas, y no por los privilegios sociales de cada uno (adaptación de WHO, 1996)
Equidad en la salud	Distribución justa de la situación de salud, en que los eventos ocurren por circunstancias de azar o naturales y no relacionadas con los diferentes e injustos privilegios sociales de las personas.
Equidad en la entrega de servicios de salud	Distribución de la provisión de servicios de salud de acuerdo a las diferentes necesidades de atención de salud en una población, de tal modo que aquellas personas con similares necesidades de atención de salud tienen similar uso de servicios, y aquellas con necesidades diferentes de atención de salud tienen diferente uso de servicios, adaptado a sus necesidades.
Equidad vertical del uso servicios	Distribución del uso de servicios de tal modo que aquellas personas con necesidades diferentes de atención de salud tienen diferente uso de servicios, adaptado a sus necesidades.
Equidad horizontal del uso servicios	Distribución del uso de servicios de tal modo que aquellas personas con similares necesidades de atención de salud tienen similar uso de servicios
Equidad vertical del uso servicios	Distribución del uso de servicios de tal modo que aquellas personas con necesidades diferentes de atención de salud tienen diferente uso de servicios, adaptado a sus necesidades.
Equidad financiera	Distribución 'justa' del financiamiento, donde el aporte financiero financiamiento de cada persona a los servicios de salud ocurre según la capacidad los servicios de salud de pago
Estándar de calidad	Declaración de expectativas y normas que definen las estructuras y procesos que deben estar sustancialmente implementados en una organización para mejorar la calidad de la atención, hacia la excelencia.

Estándar de referencia:	Patrón preestablecido como nivel deseado ante lo cual lo encontrado, que pueden ser fijado como objetivo predefinido (estándar normativo) o contruidos con indicadores ya existentes previamente o en diversos lugares (estándar empírico).
Evaluación	Es un proceso que intenta valorar o determinar, de un modo tan sistemático y objetivo como sea posible, la relevancia, eficacia, eficiencia e impacto de actividades de un determinado trabajo, a la luz de objetivos especificados Proceso mediante el cual se trata de determinar lo más sistemática y objetivamente posible la relevancia, eficacia e impacto de las actividades en vista de sus objetivos.
Evaluación de impacto:	Conjunto de procedimientos y enfoques metodológicos que indican hasta qué punto el cambio observado en los resultados intermedios o finales (o el “impacto”) puede atribuirse al programa. Para esto es necesario diseñar la evaluación a manera de poder estimar las diferencias en el resultado de interés si se ejecuta el programa o si no se ejecuta.
Evaluación de procesos:	Un tipo de evaluación que se centra en la ejecución de programas. Las evaluaciones de proceso usualmente se centran en un solo programa y, en su mayoría, utilizan métodos cualitativos para describir las actividades del programa y las percepciones relacionadas con éste, especialmente durante la etapa de desarrollo y la fase temprana de ejecución del programa. Estas evaluaciones también pueden incluir algunos enfoques cuantitativos, tales como encuestas sobre el nivel de satisfacción de los clientes y percepciones respecto a las necesidades y los servicios. Adicionalmente, las evaluaciones de procesos podrían ayudar a entender los contextos culturales, sociopolíticos, legales y económicos que afectan al programa.
Gestión	Proceso de manejo de una institución basado en un conjunto de reglas, procedimientos y métodos operativos como planificación, programación, organización, motivación, control, supervisión y evaluación, con el objetivo que la organización pueda lograr el cumplimiento de actividades, funciones, programas, planes, objetivos y metas institucionales.
Gestión clínica	Estrategia de manejo y mejoramiento que permite sistematizar y ordenar los procesos de atención de salud, sustentados en la mejor evidencia científica del momento, con la participación coordinada del equipo de salud en la toma de decisiones
Gestión de procesos	Manejo y mejora constante de los procesos productivos de una organización mediante la identificación, selección, descripción, documentación y mejora continua de eficiencia, eficacia y flexibilidad de dichos procesos
Gestión por proceso clínico	Estrategia que organiza el proceso clínico, centrándose en el usuario, garantizando una práctica clínica uniforme basada en evidencias, que asegura la

	continuidad asistencial desde el ingreso (entrada) hasta el alta o resolución (salida).
Gestión de la calidad:	Conjunto de elementos estructurales y de actividades que tienen como fin específico la mejora continua de la calidad. Conjunto de acciones, planificadas y sistemáticas, que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad, incluye una serie de normas y estándares que deben cumplirse.
Igualdad	Distribución de un evento, condición u oportunidades del bienestar que es igual para todas las personas o grupos de una determinada población.
Impacto	Resultados finales o efectos esperados de un programa a largo plazo. Por ejemplo, cambios en el estado de salud tales como una menor incidencia de enfermedades o un mejor estado nutricional.
Indicadores	Medidas cuantitativas o cualitativas del desempeño de los programas que se utilizan para demostrar los cambios y que describen detalladamente hasta qué punto los resultados del programa en cuestión se están alcanzando o se han alcanzado. Los indicadores se pueden medir en todos los todos los niveles: aportes, procesos, productos, resultados e impactos.
Inequidad	Distribución ‘injusta’ de oportunidades del bienestar según las necesidades de las personas, que es injusta y se relaciona con los privilegios sociales de cada uno.
Investigación de servicios de salud	Es una investigación científica en el campo de la salud pública que además tiene un enfoque operacional u operativo, pues se orienta a estudiar problemas y eventuales soluciones para adecuar o mejorar en la práctica, la operación de los servicios de salud, su impacto y su entorno institucional y de la población.
Metas	Resultados significativos de desarrollo que contribuyen al cumplimiento de los objetivos y que proporcionan un marco general para realizar una planificación más detallada de programas específicos.
Necesidad	Brecha entre un estado observado y uno deseado, que es posible alcanzar (según criterios de expertos o empíricos), y que por tanto implica una carencia que podría ser satisfecha.
Necesidades de salud	Brechas entre un determinado nivel de salud - individual o colectivo - y uno deseado que es posible de alcanzar (según criterios de expertos o empíricos). Eventos y estados de salud que son evitables y susceptibles de prevención o intervención a través de factores individuales, del entorno socioeconómico o de la atención de salud.
Necesidades de atención de salud	Eventos o estados de salud - incluyendo vulnerabilidad, riesgo, o bien que representan brechas o carencias posibles de prevenir, resolver o paliar a través de la intervención efectiva de servicios de salud.

	Brechas entre un determinado nivel de salud - individual o colectivo - y uno deseado que es posible de alcanzar a través del rango preventivo o curativo de la atención de salud (según criterios de expertos o empíricos)
Monitoreo	Información de alerta temprana u oportuna para la acción Proceso continuo de notificación y evaluación de una situación observada, en contraste a una situación esperada (determinada por criterios de expertos, normativos o empíricos), para orientar la toma de decisiones. Sistemática y continua recolección y análisis de información sobre el progreso de un trabajo a través del tiempo (Goslin y Edward). Conocimiento periódico que busca establecer si una actividad o conjunto de actividades están ocurriendo de acuerdo con lo planeado, de modo que se puedan adoptar medidas oportunas para corregir las deficiencias detectadas. En el caso del tema del documento, el monitoreo es el conocimiento periódico que busca establecer si las políticas y estrategias asumidas pro equidad están favoreciendo el mejoramiento del nivel de acceso a servicios básicos y su grado de equidad, de acuerdo a lo planeado, de modo que se puedan adoptar medidas oportunas para corregir las deficiencias detectadas. También incluye considerar políticas, estrategias y acciones con otros objetivos primarios pero que pueden tener implicancias directas o indirectas sobre el acceso y la equidad.
Monitoreo de acceso a servicios de salud	Es un proceso de información sistemática a través del tiempo, al servicio de quienes toman decisiones, para apoyar y orientar la adopción, mantenimiento o corrección de políticas, estrategias y actividades relacionadas con el acceso a servicios básicos de salud, especialmente de los grupos más vulnerables y necesitados de la población.
Opciones de políticas	Las políticas y opciones de acción que se pueden elegir para conseguir una meta, mediante planes específicos, estrategias y acciones específicas.
Paquete de beneficios	Conjunto de servicios y otros aportes en dinero o de otro tipo a los cuales una persona o personas tienen derecho en virtud de cumplir con ciertos criterios.
Intervenciones específicas de servicios de salud	que son consideradas importantes y que la sociedad decide que debieran ser provistas a todos los habitantes, según requerimiento.
Procesos	Múltiples actividades (de planificación y ejecución) llevadas a cabo para alcanzar las metas y objetivos del programa.
Proceso	Conjunto de actuaciones, decisiones, actividades y tareas que se encadenan de forma secuencial y ordenada para conseguir un resultado que satisfaga más plenamente los requerimientos del usuario
Procesos productivos	Conjunto organizado e interrelacionado de actividades y procedimientos sistematizados y encaminados a lograr los productos que se ha definido en objetivos y planes de desempeño de una institución o entidad productiva.

Productividad	Capacidad de proveer bienes y servicios según el recurso y desempeño existentes en una institución, que puede ser medida de acuerdo con parámetros técnicos o normativos.
Productos	Resultados de las actividades realizadas bajo el programa, de dos formas: el número de actividades llevadas a cabo (por ejemplo, número de proveedores de servicios capacitados) y las medidas de uso de los servicios (por ejemplo, número de anticonceptivos distribuidos).
Resultados	Cambios medidos a nivel de población en la población meta del programa; algunos (o todos) pueden ser el resultado de un programa o intervención dados. Los resultados se refieren a conocimientos, prácticas o comportamientos específicos de la audiencia enfocada que se relacionan inequívocamente con el programa, de los que se puede esperar de forma razonable, que cambien a corto o mediano plazo y que contribuyan al cumplimiento de los objetivos de largo plazo de un programa.
Protección social	La garantía que los poderes públicos otorgan para que un individuo o grupo de individuos puedan satisfacer sus demandas de salud, obteniendo acceso a los servicios en forma oportuna y de una manera adecuada a través de alguno(s) de los subsistemas de salud existentes.
Satisfacción de usuario:	Percepción del grado de satisfacción sobre la calidad de la atención recibida por un usuario.
Servicio de salud	Cualquier intervención o servicio que puede contribuir a mejorar la salud o al diagnóstico, tratamiento o rehabilitación de personas enfermas y no necesariamente atención médica o clínica. También incluye acciones de intervención colectivas o sobre las condiciones del ambiente (adaptado de Euro WHO, 1997)
Servicios básicos de salud	Atención de salud que es considerada esencial para lograr salud para todos y que debiera estar accesible, a un costo que el país puede abordar, con métodos que son prácticos, con sólida evidencia científica y socialmente aceptables. Servicios de salud del nivel básico o primario, con énfasis en prestaciones costo-efectivas para solucionar los principales problemas de necesidades de salud, especialmente en las poblaciones más vulnerables.
Supervisión	Vigilancia de procesos en curso para orientar la dirección y apoyo a alguien o una tarea hecha por alguien, conforme a planes y programas definidos.
Utilización o uso de servicios de salud	Uso de los servicios de salud (acceso real o efectivo) que hacen las personas de una población en un período determinado
Vigilancia	Observación minuciosa continua y sistemática de una situación o sucesos de interés en un entorno de personas, grupos o ambientes, dentro de una zona geográfica y período, para proporcionar alarma y acción necesaria cuando sea necesario.

REFERENCIAS Y LECTURA SUGERIDA

- Alleyne G.O., Castillo-Salgado C., Schneider C., Mujica O., Loyola E. y Vidaurre M. 'La medición de las desigualdades en salud. Algunos ejemplos de la región de las Américas' *en Equity and Health. Views of the American Sanitary Bureau*. Washington: PAHO p.3-11
- Alleyne G.O. 'Equity and Health' in *Equity and Health. Views of the American Sanitary Bureau*. Washington: PAHO p.3-11
- Bambas A. and Casas J.A. (2001) 'Assessing Equity in Health: Conceptual Criteria' in *Equity and Health. Views of the American Sanitary Bureau*. Washington: PAHO p.12-21
- Banco Mundial (2004) Seguimiento y Evaluación: instrumentos, métodos y enfoques. <http://documentos.bancomundial.org/curated/es/240521468336082184/Seguimiento-y-evaluacion-instrumentos-metodos-y-enfoques>
- Benzeval M., Judge K., Whitehead M. (1995a) 'Introduction' in Benzeval M., Judge K., Whitehead M. (ed) *Tackling Inequalities in Health: An agenda for action*. London: Kings's Fund. Ch1: 1-9.
- Benzeval M., Judge K., Whitehead M. (1995b) 'The Role of the NHS' in Benzeval M., Judge K., Whitehead M. (ed) *Tackling Inequalities in Health: An Agenda for Action*. London: Kings's Fund. Ch. 7: 95-121.
- Braveman P. (1998) Monitoring equity in health: A policy-oriented approach in low and middle income countries. Paper No. 31 Geneva: WHO
- Casas J., Dachs J.N., Bambas A. (2001) 'Health Disparities in Latin America and the Caribbean: The Role of Social and Economic Determinants' in *Equity and Health Views of the American Sanitary Bureau*. Washington: PAHO p. 22-49.
- Carstairs V. and Morris R. (1991) Deprivation and Health in Scotland. Aberdeen: Aberdeen University Press.
- Dahlgren G. (2000) 'Efficient equity-oriented strategies for health'. Bulletin of the Health Organization. 78 (1)
- Decoster K., Appelmans A. and Hill P. (2015). A Health Systems Research mapping exercise in 26 low- and middle-income countries: Narratives from health systems researchers, policy brokers and policymakers. Background paper. Alliance for Health Policy and Systems Research. https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_backgroundpapermappingexercise.pdf?ua=1
- Di Virgilio MM y Solari R., (2012) Monitoreo y evaluación de políticas, programas y proyectos sociales a ed. - Buenos Aires: Fundación CIPPEC, 2012. UNICEF https://www.unicef.org/argentina/spanish/cippec_uni_monitoreo_evaluacion.pdf
- Fiscella E. et al. (2000) 'Addressing socioeconomic, racial and ethnic disparities in health care. JAMA May 17, 2000. Volume 283, No 19.
- Forrest Ch., Martin D., Holve E. and Millman A (2016) Health services research doctoral core competencies BMC Health Services Research 2009, 9:107 doi:10.1186/1472-6963-9-107 <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/107>
- Francke, P. (2002) El financiamiento de la salud en Bolivia. DGSS - Reforma de salud de Bolivia. Febrero. La Paz: DGSS
- Frankel N. y Gage A. (2009) "Fundamentos de monitoreo y evaluación. Un cursillo autodirigido". USAID, PEPFAR, Measure and Evaluation <https://www.measureevaluation.org/resources/publications/ms-07-20-es/.../document>
- Gattini C., OPS/OMS (2009). Mejoramiento de la estructura y desempeño de los sistemas nacionales de información en salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas. <http://www.paho.org/chi/images/PDFs/sistemas-nacionales-informacion-salud-final.pdf?ua=1>
- Gattini C., OPS/OMS (2009). Implementación de observatorios nacionales de salud. Enfoque operacional y recomendaciones estratégicas http://www.paho.org/chi/index.php?option=com_docman&view=document&category_slug=sistema-de-salud&alias=102-implementacion-de-observatorios-nacionales-de-salud&Itemid=1145

- Gattini C. (2004) Analysing variations in needs resources and use of health care., in a health system context. A basis for monitoring equity in the National Systems of Health Services in Chile. Thesis submitted for the Degree of Doctor of Philosophy t the London School of Hygiene and Tropical Medicine. University of London, UK. LSHTM Library.
- Gattini C. (2019) Atención primaria de salud en Chile y el contexto internacional. Vigencia, experiencia y desafíos" Observatorio Chileno de Salud Pública. Instituto de Salud Poblacional FM Universidad de Chile Acceso: <http://ww.ochisap.cl>
- Gattini C. (2020) Gestión de centros de nivel primario de atención. Sistema Nacional de Servicios de Salud, Chile. Documento docente. Instituto de Salud Poblacional. Facultad de Medicina. Universidad de Chile
- Gattini C. (2007), Information for Decision-Making. Improving the Value and Use of Information for Decision-Making and Action in Health Systems. Office of the Caribbean Program Coordination PAHO/WHO Barbados
- Gosling L. and Edwards M. (1995) 'Toolkits. A Practical guide to Assessment, Monitoring, Review and Evaluation'. Development Manual No. 5. London: Save the Children
- Green E. and Pinto M. (1999) 'Managing and Financing Health to Reduce the Impact of Poverty in the Caribbean: Implementing Decentralization and Financing Strategies while Protecting the Poor'. Washington DC: PAHO
- Green E., Zevallos J.V. and Suárez R. (Coordinators) (2001) 'Health Systems Inequalities and Poverty in Latin America and the Caribbean. Trends and Policy Implications'. Results of PAHO/UNDP/World Bank/EquiLAC/IHEP Project Draft Report. Washington DC: HPP; PAHO
- Gwatkin D., Shea R., Kiersten J., Rohini P, and Wasgstaff Adam. (2000) Socioeconomic differences in health, nutrition and population in Bolivia. (DHS), Poverty Thematic Group of the World Bank. May 2000. WDC: World Bank
- Hart J. T. (1971) 'The inverse care law', *Lancet* 1: (696) 405-412.
- IHP, OMS (2011) "Modelo, evaluación y análisis de las estrategias nacionales de salud". OMS. Ginebra: 2011
http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/MandE_NHS_spanish.pdf
- IPPF (2012). Putting the IPPF Monitoring and Evaluation Policy into practice A handbook on collecting, analyzing and utilizing data for improved performance. International Planned Parenthood Federation.
<https://www.ippf.org/resource/putting-ippf-monitoring-and-evaluation-policy-practice-handbook>
- Juárez S. (2010) 9. Gestión por procesos. Capítulo 9. Gestión de operaciones logísticas en el aprovisionamiento sanitario. Gestión Sanitaria Integral: Pública y Privada. En "Necesidad de nuevas formas y herramientas de gestión sanitaria" Ed. Centro de Estudios Financieros.
<https://www.gestion-sanitaria.com/9-gestion-procesos.html>
- Kunst A. and Mackenbach J. (1994) Measuring Socioeconomic Inequalities in Health. Discussion Paper EUR/ICP/RPD 416 Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- León Tellez, Ibrahim Amhed: "Sistema de monitoreo y evaluación para la gestión municipal del desarrollo local" en Revista Caribeña de Ciencias Sociales, enero 2014, en <http://caribeña.eumed.net/gestion-municipal-desarrollo-local/>
- Liss P.E. (1993) 'Health Care Need. Meaning and Measurement'. Hants: Avebury Ashgate Publishing Ltd..
- Lopez-Acuña D., Gattini C., Pinto M. and Anderson B. (2001) 'Access to and Financing of health Care: Ways to Measure Inequities and Mechanisms to reduce them', in Equity and Health. Views of the American Sanitary Bureau, Occasional Paper No. 8. Washington DC: PAHO p. 115-130.
- Lorenzo S., Mira J., Moracho O. (2005), Tema 3. La gestión por procesos en instituciones sanitarias. Master en Dirección Médica y Gestión Clínica Módulo 8 Gestión Clínica 1: Gobierno Clínico
http://calite.umh.es/data/docs/110/Gestion_procesos.pdf
- Miller L., Richardson P., Reynolds J. and Kak N. (1993) Monitoring and Evaluating Programmes. Geneva: Aga Khan Foundation

- Ministerio de Salud y Bienestar Social del Paraguay (1998) Indicadores Básicos de Salud Paraguay 1998 Asunción: MSPBS – OPS.
- Ministerio de Salud y Bienestar Social del Paraguay (2000) Indicadores Básicos de Salud Paraguay 2000 Asunción: MSPBS – OPS.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador. Guía de monitoreo y evaluación del programa de atención integral de salud de adolescentes/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. -- 1a.ed.-- San Salvador, El Salv. : OPS, 2007.
- Murray L. y Rossi L. (2007) Guía de Monitoreo y Evaluación. Programa de Prevención del VIH/SIDA del Perú. Pact Brasil. Paulo, SP. Acceso en: www.pactbrasil.org
- Narváez R. (1998) Inequidades en el estado de Salud, acceso y uso de los servicios de salud en Bolivia. La Paz: UDAPE / OPS-OMS
- Organización Panamericana de la Salud (1995) La búsqueda de equidad. Informe Anual del Director. Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). *Condiciones de Salud de las Américas*, Washington DC: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2000) Informe Anual del Director. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud (2002) 'Extensión de la protección social en salud de las Américas. La experiencia en cuatro países. Documento Borrador del Proyecto PAHO – ASDI Febrero de 2002. Washington DC: OPS.
- PAHO (1998) Health Expenditure Database. Public Policy and Health Program, Division of Health and Human Development, Pan American Health Organization. Latest Revision: September 1998 Washington DC: PAHO
- PAHO (1999) Clearinghouse on Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean. Division of Health Systems and Services Development, Washington DC
- Roberts J.L (1998) 'Terminology. A glossary of technical terms on the economics and finance of health services'. EUR/ICP/CARE 94 01/CN01 17 July 1998. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Rodrigues RJ, Gattini CH. (2017) "National Health Information Systems and Health Observatories". In: Global Health Informatics. How Information Technology Can Change Our Lives in a Globalized World. Marin HF, Massad E, Gutierrez MA, Rodrigues RJ, Sigulem D, eds. Elsevier, London 2017 Ch.2:14-49
- Rojas A. (2014) Modelos de gestión por procesos integrados en salud. Ene. vol.8 no.3 Santa Cruz de La Palma 2014. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2014000300008
- Salama R. (2011) Monitoring and Evaluation of Health Services. Suez canal University. Egypt. <https://es.scribd.com/document/413262040/301226506-37851-3>
- Saturno P. (2015) Métodos y herramientas para la realización de ciclos de mejora de la calidad en servicios de salud. Instituto Nacional de Salud Pública México BID. <https://www.insp.mx/produccion-editorial/publicaciones-anteriores-2010/4071-mejora-calidad-servicios-salud.html>
- Save the Children Fund, 2003 "Toolkits. A practical guide to planning, monitoring, evaluation and impact assessment". http://www.savethechildren.org.uk/sites/default/files/images/Toolkits_A_practical_guide_to_planning_monitoring_evaluation_and_impact_assessment2003.pdf
- Tarimo E., (1997) Essential Health Service packages: Uses abuses and future directions'. ARA Paper No. 15. Geneva: WHO
- The Global Fund (2011) Chapter Part 5. Health and Community Systems in "Monitoring and Evaluation Toolkit. HIV, Tuberculosis, Malaria and Health and Community Systems Strengthening" © 2011 The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria.
- UNICEF (1990) A UNICEF Guide for Monitoring and Evaluation. Making a Difference? UNICEF Website, methodologies, downloaded on 05/07/96.
- UNIFEM. 2013 How to manage Gender-Responsive Evaluation. Evaluation Handbook <https://genderevaluation.unwomen.org/en/evaluation-handbook>
- UNIFEM. 2013 UN Women Evaluation Handbook Tools <https://genderevaluation.unwomen.org/-/media/files/un%20women/gender%20evaluation/handbook/unwomenevaluationhandbook-tools.pdf?la=en&vs=5133>

- Vasquez-Vizozo F., Castilla J., Pollan M and López-Abente G. (1993) 'Assessment of Trends in Geographical Inequalities in Infant Mortality', *Social Science and Medicine*. 37; (3): 413-417.
- Viergever R.F. (2011) Reviews of WHO Documents on Health Research. Background paper. Alliance for Health Policy and Systems Research. https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_backgroundpaperreviewsdoc.pdf?ua=1
- Villalbí, M. Pasarín M. et al (2003), Evaluación de la atención primaria de salud. *Primaria de Salud de Barcelona** Aten Primaria 2003;31(6):382-5
- Wagstaff A. and Van Doorslaer E. (1993) 'Equity in the finance and delivery of health care: Concepts and definitions', in Van Doorslaer E., Wagstaff A. and Franz R. (ed.) *Equity in the finance and delivery of health care. An international perspective*. Commission of the European Communities HSR Series No.8. Oxford: Oxford University Press. Ch. 2: 7-19.
- Wagstaff A. and Van Doorslaer E. (1999) 'Equity in the finance of health care: some international comparisons' *Journal of Health Economics*. May Issue.
- White, K. (1978). Health care organization, an epidemiological perspective. *Acta Hospitalia* 18 (3): 231-258. Reproduced in White, K. et al (ed.) (1992) *Health Services Research: An Anthology. Scientific Publication No. 534*. Washington: PAHO.
- Whitehead M. (2002) 'The concepts and principles of equity and health' WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- World Health Organization (1996) 'Equity in health and health care, a WHO/SIDA Initiative'. Geneva: WHO.
- World Health Organization (1998) 'Final report on meeting on policy-oriented monitoring if equity in health and health care. 29 September - 3 October 1997'. Geneva: WHO. Page ii
- World Health Organization (2012) Strategy on health policy and systems research: changing mindsets. https://www.who.int/alliance-hpsr/alliancehpsr_changingmindsets_strategyhpsr.pdf?ua=1
- Zárate V. (2010) Evaluaciones económicas en salud: Conceptos básicos y clasificación - *RevMed Chile* 2010; 138 (Supl 2): 93-97

ANEXOS

ANEXO 1. INDICADORES PARA LA GESTIÓN LOCAL DE ATENCIÓN DE SALUD

1	Acceso geográfico y económico	Dato o indicador
1.1	Cobertura de seguro de salud	Cobertura total de seguro de salud (Porcentaje de población) Enfermedad de cubierta de seguro (Porcentaje de población) para atención de salud integral Cobertura de seguro de salud que cubre atención primaria de salud (Porcentaje de población) Cobertura de seguro de salud que cubre atención de hospitalaria (Porcentaje de población)
1.2	Distancia	Porcentaje población destinataria que vive menos de una hora de un centro asistencial Distancia del centro (Km.) a un hospital de referencia (si no es uno) Distancia del centro (Km.) a las áreas de especialidad (si no las tiene)
2	Recursos de atención de salud	
2.1	Recursos humanos	Número de horas de médicos contratadas Número de horas de médicos generales Número de horas de médicos especialistas (por especialidad) Número de horas de dentistas Número de horas de farmacéuticos Número de horas de enfermeras Número de horas de auxiliares de enfermería Número de horas de personal administrativo Número de horas de personal de servicios generales Número de horas de médicos para atención intrahospitalaria Número de horas de médicos generales para atención intrahospitalaria Número de horas de médicos especialistas (por especialidad) para atención intrahospitalaria Número de horas de enfermera para atención intrahospitalaria Número de horas de auxiliares de enfermería para atención intrahospitalaria Horas de médicos contratadas por 1.000 habitantes Horas de médicos generales por 1.000 habitantes Horas de médicos especialistas (por especialidad) por 1.000 habitantes Horas de dentistas por 1.000 habitantes Horas de farmacéuticos por 1.000 habitantes
2.2	Recursos físicos	Horas de enfermeras por 1.000 habitantes Horas de auxiliares de enfermería por 1.000 habitantes Horas de personal administrativo por 1.000 habitantes Horas de personal de servicios generales por 1.000 habitantes

2.2.1	Equipamiento	Número de camas Equipo de salas de operaciones Equipo para sala de atención de parto Equipo de laboratorio clínico Equipo de rayos Equipo de sonografía Equipo de electroencefalografía Equipo de electrocardiografía Equipo de transfusiones de sangre Equipo de atención dental Equipo de rehabilitación Equipo de vacunas Equipo de alimentación Equipo de esterilización Equipo de lavandería Equipo de mantenimiento
2.2.2	Insumos médicos	Provisión de medicamentos e insumos médicos desechables Provisión de medicamentos prescritos con receta Provisión de medicamentos de venta libre (sin necesidad de receta) Provisión de insumos médicos desechables Provisión de equipo terapéutico e insumos médicos no desechables Provisión de lentes y otros productos de visión Provisión de equipos y prótesis ortopédicas Provisión de audífonos Provisión de equipo médico y no médico incluyendo sillas de ruedas Provisión de otros insumos médicos no desechables
2.3	Recursos financieros	
2.3.1	Gastos y costos	Gasto total de gasto de la prestación de atención de salud Gasto total en costos de personal Gasto total en salarios Gasto total en medicamentos y otros insumos médicos Costo unitario de consulta Costo unitario de hospitalización Costo total directo en servicios (en porcentaje) Costo total indirecto en servicios (en porcentaje) Gasto total en medicamentos por consulta Gasto total en medicamentos por hospitalización Gasto total en medicamentos por consulta Gasto total en material quirúrgico por operación quirúrgica
3	Provisión de servicios de salud	
3.1	Atención ambulatoria	
3.1.1	Provisión de servicios curativos	Consultas dentales Consultas de médicos generales Consultas de médicos especialistas Consultas y controles dentales Prescripciones por consulta Tratamiento de fisiología y fisiatría por consulta Actividades de Rehabilitación

3.1.2	Provisión de servicios preventivos	Dosis de vacunas contra tuberculosis Dosis de vacunas contra difteria Dosis de vacunas contra tétanos Dosis de vacunas contra tos ferina Dosis de vacunas contra sarampión Dosis de vacunas contra poliomielitis Dosis de vacunas contra influenza
3.1.3	Cobertura en la comunidad	Controles escolares Dosis de vacunaciones en las escuelas Dosis de campañas de vacunación masiva Consultas y controles de nutricionista Consultas y controles de enfermería Consultas y controles de matrona Servicios de cuidados de enfermería domiciliaria en crónicos
3.2	Atención intrahospitalaria	
3.1.4	Actividades intrahospitalarias	Egresos hospitalarios Índice de concentración Índice ocupacional Promedio de días de estada Tasa de recambio de camas Intervalo de sustitución Transferencias a cuidados intensivos por egreso Transferencias a cuidados especiales por egreso Operaciones quirúrgicas por egreso
3.3	Actividades de apoyo clínico	Laboratorio clínico Imagenología diagnóstica Transporte de paciente y rescate de emergencia Otros servicios que apoyan la atención de salud Exámenes de laboratorio por consulta Estudios de rayos X por consulta Sonografías por consulta Electroencefalografías por consulta Electrocardiografías por consulta exámenes de laboratorio por consulta
3.4	Actividades de apoyo administrativo	Computadores Existencia de red de área local de Internet Casillas electrónicas conectadas a Internet por 100 funcionarios
3.5	Servicios generales	Raciones de pacientes por día Actividades de esterilización por día Ropas lavadas (Kg.) por día Actividades de mantenimiento por día
3.6	Administración y otros servicios	Tiempo (horas) dedicadas a la gestión clínica Tiempo (horas) dedicadas a la gestión administrativa Control y supervisión (horas) Educación y capacitación del personal (horas) Investigación y desarrollo del personal (horas)
4	Información centrada en el paciente	

4.1	Identificación	Identificación del paciente Dirección Edad Sexo Nacionalidad Grupo étnico (si es relevante a nivel local) Sistema de seguro de salud
4.2	Historia clínica	Antecedentes de salud familiar y predisposición al riesgo Estilo de vida y riesgos Antecedentes de eventos de salud relevantes Antecedentes relevantes de consultas ambulatorias y hospitalizaciones Vacunas Historia de enfermedades transmisibles Historia relacionada con ginecología y reproducción Riesgos y enfermedades crónicas Problemas relacionados con la vejez
4.3	Contacto con servicios	Registros médicos Motivos de consulta Controles maternos o infantiles Controles programados de enfermedades crónicas Causas de hospitalización Operaciones quirúrgicas Radioterapia Exámenes de laboratorio Exámenes de imagenología Medicamentos y otros insumos médicos provistos Transfusiones de sangre Consultas por régimen alimentario Medicina física y procedimientos de rehabilitación
4.4.	Seguros y pagos	Cobertura de seguros al momento de uso
		Costo de servicios prestados

Fuente: C. Gattini. Fortalecimiento de sistemas nacionales de información en salud, OPS, 2020

Anexo 2. Compromisos del “Documento de posición respecto de valor social de la atención primaria de salud” (2017). Congreso de Atención Primaria de Salud, Chile

Desde el proceso participativo iniciado en noviembre de 2016, nos comprometemos a impulsar la revisión del estado actual del sistema de salud, su financiamiento y organización, para hacer reformas que mejoren la calidad y la satisfacción de la población. Estas deben considerar:

1. Incorporar el derecho a la salud integral, equitativa y de calidad en la carta de derechos sociales de una nueva constitución.
2. Fortalecer un sistema de salud basado en la Atención Primaria con el debido respaldo normativo de un modelo de atención de salud integral familiar y comunitaria, con pertinencia territorial y de género.
3. Avanzar hacia un aseguramiento único y universal, para resguardar que personas con igual necesidad reciban igual atención.
4. Mejorar la articulación de la red asistencial, especialmente la coordinación, cooperación y comunicación entre niveles de atención, eliminando la fragmentación.
5. Promover e instalar la participación vinculante de nuestros Consejos de desarrollo Social y/o Comunidad organizada.
6. Reconocer el respeto como un valor central en nuestras relaciones personales y estructurales; espontáneas e institucionales, que se traduce en un buen trato recíproco.
7. Generar un proceso amplio, participativo y transparente para realizar la necesaria revisión de la Reforma de Salud.
8. Fortalecer la promoción y el trabajo intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, asumido como una responsabilidad del estado a nivel nacional y local.
9. Mejorar los modelos de administración u gestión en salud a nivel nacional, regional y comunal, para generar una atención oportuna y de calidad.
10. Aumentar progresivamente el financiamiento justo de la Atención primaria, mejorando la supervisión y evaluación sobre el uso de los recursos y la capacidad de respuesta integral.
11. Formular una política de desarrollo de recursos humanos en salud, incluida la formación de pregrado, a través de perfiles de Desempeño, que incorpore el enfoque de salud integral, transdisciplinario, con eje en la Atención Primaria, el enfoque de derechos, y la humanización, buen trato y calidad de la atención y el cierre de brechas de recursos existentes.
12. Generar los incentivos, pecuniarios y no pecuniarios, necesarios y financiables, para atraer y mantener los equipos en los Centros de Salud.
13. Profundizar acciones hacia los grupos más vulnerables y vulnerados de la sociedad que permitan su pleno ejercicio de derechos en salud y calidad de vida, evitando la estigmatización,
14. Avanzar en el cierre de la brecha de infraestructura, acorde al Modelo de atención y a una política territorial, asumiendo no solo la necesaria construcción de nuevos centros de salud rurales y urbanos, sino que generando mejoras en los actuales establecimientos.
15. Mejorar la capacidad resolutoria de nuestros centros de salud, en consonancia con el Modelo de atención de salud familiar y comunitaria.
16. Fortalecer el sistema público de salud, para evitar el traspaso de recursos públicos a prestadores privados.

1. Congreso realizado en Santiago de Chile, 24 y 25 de abril de 2017, con la participación del Ministerio de Salud y un conjunto de actores sociales del país. El documento recoge opiniones de más de 10 mil personas que participaron en 387 conversatorios realizados a través del país.

17. Ampliar los espacios de participación y discusión en torno al valor social de la Atención Primaria, basados en la co-construcción de la salud en el territorio.
18. Aumentar el control social por parte de la sociedad civil sobre las acciones que la Atención Primaria realiza en el territorio, para asegurar un adecuado uso de los recursos públicos.
19. Integrar el autocuidado y cuidados de la familia y comunidades como eje fundamental para lograr una mejor calidad de vida, acercando en trabajo de los equipos de salud al territorio.
20. Mejorar la comunicación e información a los usuarios respecto de los servicios ofrecidos y el funcionamiento de las redes de atención.
21. Innovar las metodologías de educación en salud hacia usuarios y usuarias, internos y externos.
22. Avanzar hacia un registro clínico electrónico integrado, de administración pública.
23. Generar un documento que indique la operacionalización de algunas estrategias prioritarias de corto y mediano plazo.

Junto con lo anterior, quienes suscribimos este documento, nos comprometemos a portar, según nuestras capacidades, en los distintos espacios de participación existentes a la construcción de un sistema de salud con más justicia social, valoración de la diversidad, con calidad y respeto por cada uno de los actores que en ellas participan. Asimismo, revisar avances del cumplimiento de las ideas, propuestas y sueños enunciados en esta Declaración.

César Gattini C.

Documento docente

Observatorio Chileno de salud Pública (OCHISAP)

Instituto de Salud Poblacional

Facultad de Medicina. Universidad de Chile

Edición Marzo de 2022