



UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO
ESCUELA DE ADMINISTRACION PÚBLICA

CESFAM LA BANDERA
IMPLEMENTACIÓN DE LA REFORMA DE SALUD Y SU IMPACTO EN
LOS FUNCIONARIOS DE LA SALUD.

ALUMNAS: CAROLINA ALARCON CABRERA.
ANDREA OYARZUN CIFUENTES.

PROFESOR GUÍA: GERARDO TORRES BALCHEN.

Tesis Para Optar Al Grado Académico Licenciado En Ciencias Políticas
y Administrativas.

Tesis Para Optar Al Título De Administración Pública.

SANTIAGO- 2008

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	8
I. Antecedentes del problema	
1.1	
Generalidades.....	10
1.2 Planteamiento del Problema.....	14
1.3 Justificación del Tema.....	15
1.4 Hipótesis.....	16
1.5 Objetivos.....	17
1.5.1 Objetivo general.....	17
1.5.2 Objetivos específicos.....	17
II .-Marco Metodológico.	
2.1 Metodología cualitativa.....	19
2.2 Paradigma interpretativo.....	21
2.3 Metodología.....	22
2.4 Diseño de la investigación.....	23
2.5 Técnicas de Investigación.....	25
2.5.1 Encuestas.....	25
2.5.2. Observación no Participante.....	26
2.5.2 Focus Group.....	26
2.8 Diagnóstico FODA.....	29
III.-Marco Teórico.	
3.1 Derecho a la salud.....	34
3.2 Salud pública.....	37
3.3 Atención primaria.....	39

3.4 Condiciones para la implementación de un Cesfam.....	44
3.5 Municipalización de la atención primaria.....	47
3.6 Centralización de la atención primaria.....	49
3.7 Participación ciudadana.....	51

Capítulo I

Del Sistema de Salud en Chile: Organización y Reformas.

4. Generalidades.....	55
4.1 Sistema de Salud en Chile.....	57
4.1.1 Subsistema público.....	58
4.1.2 Subsistema privado.....	59
4.2 Ministerio de salud.....	59
4.3 El nivel primario de atención.....	60
4.4. Reforma de la salud.....	64
4.4.1 Periodo del SNS (1952-1973) Primera reforma de salud.....	64
4.4.2 Periodo del Régimen Militar (1973-1990)Segunda reforma de salud.....	65
4.4.3. Periodo de los gobiernos de la Concertación (1990 a la fecha) Tercera reforma de salud.....	65
4.5 Modelo de Atención Integral.....	67

Capítulo II

Centro de Salud Familiar (CESFAM): Cesfam La Bandera.

5.1 Antecedentes.....	79
5.2 Concepto.....	80
5.3 Principales componentes del Cesfam.....	81
5.4 CESFAM La Bandera: Antecedentes.....	86
5.5 Breve reseña de la salud en La Bandera.....	87
5.6 Lineamientos de acción.....	89

5.7 Organización de la salud municipal.....	90
5.8 La planificación estratégica.....	90
5.9 Contradicción entre línea técnica y administrativa.....	91
5.10 Situación sociodemográfica de San Ramón.....	94

Capítulo III

Funcionario de Salud Pública. Realidad del Cesfam La Bandera.

6.1 Generalidades.....	100
6.2 Brevísima síntesis del conflicto de los trabajadores de la salud....	101
6.3 Elementos de conflicto en los funcionarios de la salud.....	103
6.4 De la carrera funcionaria.....	104
6.5 Problemas de capacitación.....	105
6.6 Iniciativas legales.....	107
6.7 Necesidades de los funcionarios de salud.....	108

Análisis De Los Resultados.....	111
Diagnostico Foda.....	131
Conclusiones.....	136
Glosario De Términos De La Salud Municipal.....	142
BIBLIOGRAFIA.....	155

Resistiré

*Cuando pierda todas las partidas
Cuando duerma con la soledad
Cuando se me cierren las salidas
Y la noche no me deje en paz*

*Cuando sienta miedo del silencio
Cuando cueste mantenerse en pie
Cuando se revelen los recuerdos
Y me pongan contra la pared*

*Resistiré erguido frente a todo
Me volveré de hierro para endurecer la piel
Y aunque los vientos de la vida soplen fuerte
Soy como el junco que se dobla pero siempre
Sigue en pie*

*Resistiré
para seguir viviendo
Soportare los golpes
Y jamás me rendiré
Y aunque los sueños
se me rompan en pedazos
Resistiré*

*Cuando el mundo pierda toda magia
Cuando mi enemigo sea yo
Cuando me apuñale la nostalgia
Y no conozca ni mi voz*

*Cuando me amenace la locura
Cuando mi moneda salga cruz
Cuando el diablo pase la factura
O sí alguna vez me faltas tú*

*Resistiré erguido frente a todo
Me volveré de hierro para endurecer la piel
Y aunque los vientos de la vida soplen fuerte
Soy como el junco que se dobla pero siempre
Sigue en pie*

*Resistiré
para seguir viviendo
Soportare los golpes
Y jamás me rendiré
Y aunque los sueños
se me rompan en pedazos
Resistiré...*

Dedico esta larga tarea a mi madre, sin la cual no podría haber terminado. Sin su apoyo en el día a día esto no podría haber sido realidad. A todas esas noches en las que me esperaba despierta a que llegara de la universidad y me acompañaba con una taza de té para seguir al otro día temprano con la rutina.

Te la dedico madre, porque es mi regalo para ti, porque sin ti nada de esto sería posible, te amo mucho.

Primero quiero agradecer a mi madre quien ha estado junto a mi incondicionalmente en esta tarea de terminar mi carrera , a mi amiga y compañera de tesis Andrea por el apañe y la perseverancia, a mi pololo Felipe por su compañía y amor , a mi profesor guía, Gerardo Torres, por la paciencia y la comprensión , a la Universidad por darme la oportunidad de conocer a los que son mis amigos para siempre, al Ces la Bandera por el apoyo en el proceso y a todo los que han estado conmigo en esta larga tarea que por fin se acaba.

Gracias de verdad

Carolina Alarcón Cabrera
Al infinito amor de mi Ángel,
Al esfuerzo de mi Madre.

*A la memoria de mi Padre.
Gracias.*

*“A la tierra, al fuego, a ti, a mí, al amor.
A la solidaridad, a la esperanza y la libertad.
Al orgullo, la fuerza, a los valientes y a los fieles.
A los oprimidos y a los olvidados,
Y por ultima vez, al amor (...)”*

*Y para no olvidar,
a la memoria de tu muerte que cumple 10 años.*

*Claudia López Benaiges.
Alumna de la UAHC,
Asesinada el 11 de Septiembre de 1998.*

Andrea Oyarzún Cifuentes.

INTRODUCCION

La salud, aspecto determinante del desarrollo humano constituye una de las principales preocupaciones del ser humano desde siempre. Por ello, la implementación de los Centros de Salud Familiar (CESFAM), son un paso dentro de la constante inquietud por mejorar las condiciones de la salud pública en Chile.

Los CESFAM se enmarcan dentro del proceso de reforma a la salud impulsado por las autoridades desde el año 2002. Su objetivo es dar respuesta a los requerimientos actuales de la población, en materia de salud pública, producto de los cambios demográficos y sanitarios experimentados en los últimos años. Así, la reforma pone especial énfasis en las comunas más pobres, como es el caso de la comuna de San Ramón, dentro de las cual se encuentra el CESFAM La Bandera.

Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) son los herederos de los Consultorios y corresponden a la propuesta del Gobierno para la reformulación de la Atención Primaria del país a partir de un modelo de salud integral que dice relación con el paradigma biopsicosocial¹ de la salud contemporánea.

La investigación utiliza la metodología cualitativa. Ello, en razón de que ésta permite optimizar el estudio del objeto de análisis. Todo ello desde una perspectiva descriptiva de lo que ha sido esta parte de la implementación de la reforma de la salud.

¹ El paradigma biopsicosocial tiene su origen en los postulados de George Engel, en el año 1977, es heredero de la tradición hipocrática y supera el paradigma biologicista, entendiendo el proceso salud-enfermedad, como un conjunto de subjetividades propias del hombre; circunstancias vitales, sociales culturales, políticas, económicas y medioambientales.

En el desarrollo de este estudio se analizarán los conceptos claves: reforma de salud, funcionario público, Centro de Salud Familiar (CESFAM, Atención Primaria de Salud (APS) y otros atinentes al tema de análisis. Consta de tres secciones y cuatro capítulos, más los respectivos anexos, glosarios y conclusión del trabajo realizado.

Finalmente, se elaboran recomendaciones generales para el mejoramiento en la función administrativa del CESFAM La Bandera, con el fin de mejorar el servicio de atención que a diario se entrega a los usuarios.

ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1 Generalidades.

En los últimos cincuenta años el sector salud ha experimentado diversas transformaciones con el fin de lograr revertir los problemas históricos de la salud pública en Chile. Así, cuando se inicia este cambio, no sólo se cambia un ámbito de la organización de la salud, sino que se produce una transformación en la conceptualización de lo que se entenderá a partir de la reforma, por Atención Primaria.

En esta línea, desde el año 2002 en adelante se inició un proceso que contemplaba una serie de reformas legales en el área, cuyo objetivo fue dar un nuevo enfoque al sistema de salud. En este sentido se estableció el actual Modelo de Salud Integral – aún en proceso de implementación- el cual enfatiza en un conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención con mayor eficiencia, eficacia y oportunidad. Esta reforma exigía entre sus puntos más importantes, un cambio en la forma de organización y trabajo de los funcionarios y profesionales de la salud, para el cumplimiento del nuevo modelo de atención en salud. Dicho modelo de atención se llevó a cabo en los CESFAM que son la nueva propuesta y que viene a reemplazar a los tradicionales consultorios.

La actual reforma de Salud instala un modelo garantístico en lo relativo al acceso, la protección financiera, la oportunidad de la atención y la calidad en el otorgamiento de las prestaciones de salud. El mayor impacto de esta reforma en materia provisión o atención puede generarse a partir de la entrada en vigencia de la garantía de calidad que exigirá ciertos niveles

normativos mínimos de funcionamiento a los prestadores institucionales de salud, garantía que se espera pueda materializarse a partir del 2010.

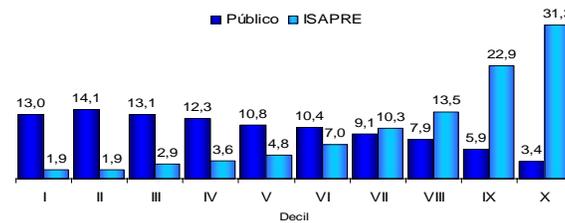
La necesidad de mejorar el acceso de la población a la salud, tiene su fundamento en el derecho constitucional de protección de la salud², que no se ha podido cumplir óptimamente por las limitaciones presupuestarias principalmente, con que funcionan la mayor parte de los servicios de salud pública, en evidente desventaja respecto de los servicios de salud privada.

La importancia de mejorar los planes y políticas de Atención Primaria (APS) -dentro de la cual se enmarca la salud municipalizada- radica en que es el principal medio de acceso, de gran parte de la población a los sistemas de salud. Así, según cifras de la encuesta de caracterización socioeconómica (CASEN) cerca del 76, 9% de los chilenos son usuarios de los servicios de salud pública.³

²Ley 18.469 “Regula El Ejercicio Del Derecho Constitucional A La Protección De La Salud Y Crea Un Regimen De Prestaciones De Salud” Artículo 1º.- El ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud comprende el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y a aquellas que estén destinadas a la rehabilitación del individuo, así como la libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse.

³ Encuesta CASEN. Ministerio de Planificación 2008. La encuesta fue aplicada entre el 7 de noviembre y el 20 de diciembre de 2006, a un total de 73 mil 720 hogares en 335 comunas del país, equivalentes a 268 mil 873 personas. La muestra probabilística tiene un error muestral total de 0,36 a nivel de hogares, considerando máxima varianza y un nivel de confianza del 95%.

Distribución de la población por sistema de salud previsional y decil, 2006 (porcentaje)



Los beneficiarios del sistema público de salud pertenecen principalmente a los deciles I al VII, mientras que los beneficiarios del sistema ISAPRE se concentran en los deciles de mayores ingresos, particularmente en los deciles IX y X.

Sobre un 50% de los beneficiarios del sistema ISAPRE son personas que pertenecen al 20% de la población de mayores ingresos del país. En cambio, sólo un 9,3% de los beneficiarios del sistema público de salud pertenece a este grupo.

Salud

El Gobierno, mediante el Ministerio de Salud, ha desarrollado iniciativas tendientes a fortalecer la estrategia de Atención Primaria consistente en promover la vida saludable, prevenir la enfermedad y, en caso de que ocurra, enfrentarla tempranamente. El modelo de salud familiar constituye el pilar fundamental. Se centra en un equipo de salud familiar, entre sus profesionales cuenta con médico, enfermera, matrona, entre otros trabajadores del área salud. El modelo de salud familiar pretende recuperar la idea de una atención con vínculos muy semejantes a la antigua modalidad. Lo que se pretende reemplazar es una visión segmentada de los individuos descontextualizada de su realidad psicosocial y familiar que se ha difundido con la especialización de la medicina, con esto que permite desarrollar un concepto interdisciplinario, apuntando a la promoción de estilos de vida más saludables y no sólo enfocados a curar la enfermedad.

Para el cumplimiento de todos los compromisos adquiridos por las autoridades, ha sido necesario coordinar una serie de esfuerzos, dentro de los cuales un gran pilar lo ha constituido, el trabajador de la salud municipalizada.

El cambio que el nuevo modelo de salud le impone al personal que debe llevar a cabo la nueva propuesta en atención primaria es complejo. En un mismo universo coexisten trabajadores de la salud, enfrentados a problemas que aún no se han podido superar, sumándose a ello la tensión constante entre funcionarios de la salud y autoridades municipales y de Gobierno por aspectos de trascendencia como son: el sueldo y capacitación.

El camino es largo. Y las exigencias del nuevo modelo están en curso. Ello, ha constituido un complejo desafío, en la gestión administrativa de los funcionarios de la Atención Primaria, que son en definitiva quienes dan vida a las iniciativas del legislador.

Para el actual modelo de atención, es necesario contar con profesionales especializados en salud familiar, así como con infraestructura y tecnologías adecuadas. Si bien, se ha avanzado sustancialmente en los últimos años, la situación actual está lejos de los niveles que exige la reforma en salud.

En esta línea, las capacidades que impone el nuevo modelo de salud, debiese ser un profesional con un fuerte componente social y comunitario, con destrezas para el trabajo en equipo, con calidad técnica para responder de manera adecuada a la demanda de la comunidad. Finalmente, un profesional especialista en personas, comprometido y con una visión más integral de las personas y su situación de salud.

Es decir que no se restrinja a su paciente, sino que se interesa por el grupo familiar de éste.

De fecha 29 de enero de 2008, el Gobierno promulgó la ley 20.250 la iniciativa materializa el acuerdo a que se ha llegado, en el marco de las

negociaciones tripartitas sostenidas por el Ministerio de Salud, con la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipalizada, CONFUSAM, y la Asociación Chilena de Municipalidades; incluye un mejoramiento de los incentivos económicos al desempeño creados por la Ley N° 19.813 publicada el 26 de junio de 2002 y la ley 20.157 del 05 de enero de 2007; así como la creación y perfeccionamiento de otras bonificaciones especiales orientadas a seguir mejorando la calidad de los servicios prestados cotidianamente a los millones de ciudadanas y ciudadanos que concurren a los establecimientos de salud municipal.

1.2.- Planteamiento del Problema

El CESFAM La Bandera plantea un desafío desde las iniciativas de administración de personal, por factores tales como: la desmotivación del personal, la precariedad en el empleo, la falta de estímulos y seguridad laboral y la falta de capacitación del personal técnico y profesional. En este último punto, el problema surge a la hora de aspirar a los beneficios legales que fomentan la capacitación. En esta línea, quiénes tienen acceso al beneficio o franquicia Sence son las empresas de primera categoría, por lo que, dentro del sector salud, sólo pueden emplear este instrumento las empresas del subsector privado y las corporaciones de desarrollo social de las municipalidades que las tienen. Lo cual es una debilidad, vacío u omisión forzada por marco regulatorio del sistema SENCE.

La ineficacia de los actores sociales para adecuarse a formas modernas de administrar los centros de salud, tiene consecuencias tales como: la inestabilidad laboral, la rotación constante del personal médico, y las sectorización de las labores desempeñadas por el personal.

1.3.-Justificación del Tema

La labor que desempeña el personal de los equipos de salud es fundamental para el logro de la misión que posee un CESFAM, pero ésta no solo se ve afectada por las condiciones de trabajo en el lugar, o por el sueldo que reciben o la cantidad de público que atienden; también se ve influido por las relaciones que se dan entre los distintos miembros del equipo. Son éstas y otras variables que afectan al equipo de salud, y que nos mueven a investigar sobre cómo es percibida la implementación de este modelo, de cómo afecta a los funcionarios de la salud, y cuales han sido los resultados desde el punto de vista del los equipos, eje fundamental para la ejecución exitosa del nuevo modelo de Atención Familiar.

En el actual contexto, los CESFAM son un desafío en desarrollo. Actualmente hay 144 de estos centros a lo largo de todo el país. Sin embargo hay regiones como Arica que aún no tienen ningún CESFAM en su región⁴.

Si bien el MINSAL ha acreditado consultorios que se han transformado en CESFAM, no todos cumplen en la realidad con las normas que, para ello exige MIDEPLAN.

Las comunas con mayores carencias de atención primaria dentro de la Provincia de Santiago en la Región Metropolitana son: Cerro Navia, La Florida, La Pintana, Lo Prado, Peñalolén y Pudahuel con un déficit clasificado como “alto”. Las comunas con mayor densidad poblacional son Lo Espejo, Lo Prado y San Ramón.

A partir del año 2005 comenzó el proceso de transformación en el CESFAM La Bandera, el eje rector puede estar cumpliéndose en la forma,

⁴ www.minsal.cl.

pero no en el fondo, de esta manera persisten los problemas básicos para responder a la actual demanda de atención.

En este contexto, la forma en que el equipo de salud inicie el trabajo comunitario dentro del sector marcará una impronta en la forma de vincularse con los habitantes. El enfoque es diferente al que se utilizaba antes en el trabajo comunitario; ahora no se ve al usuario como un recipiente vacío que es preciso llenar con información en salud, o como un individuo que no se sabe cuidar porque no ha tenido experiencias anteriores de cuidado, sino que se ve como una persona en todas sus dimensiones, un ciudadano o ciudadana con dimensión política y social cuyas conductas previas le han permitido, en parte, protegerse a sí mismo y vincularse con su comunidad y su familia.

1.4.-HIPÓTESIS

La falta de políticas administrativas concretas, produce en el Cefam La Bandera y, específicamente en el personal que allí se desempeña, una desorientación en las formas de organización del trabajo, que el modelo de Salud Familiar demanda, no ha podido ser satisfactoriamente implementado en el CESFAM La Bandera, debido a la falta de políticas administrativas coherentes con los requerimientos y principios de dicho modelo.

1.5.-OBJETIVOS

1.5.1- Objetivo General

Describir y analizar la experiencia de los trabajadores del CESFAM La Bandera en su adecuación al nuevo marco de exigencias que impone para los funcionarios de la salud, el modelo CESFAM de Atención Primaria.

1.5.2.- Objetivos Específicos:

1. Exponer la experiencia de los trabajadores del CESFAM La Bandera, bajo el nuevo modelo (CESFAM) de Atención Primaria de salud.
2. Analizar el nuevo Modelo de Atención en Salud que propone el Ministerio de Salud.
3. Establecer los cambios y necesidades que ha provocado la implementación de éste modelo sobre los funcionarios del mismo recinto.
4. Determinar cuáles son los factores cambio que conlleva la ejecución de un Nuevo Modelo de Salud y cómo afecta al CESFAM la Bandera.

MARCO METODOLOGICO

En esta sección se presenta la metodología seleccionada para el desarrollo de la tesis: actividades y estrategias seguidas para dar consistencia a la hipótesis vertebral en lo relativo al objeto de estudio.

Cualquier clase de investigación requiere de la utilización de una metodología de investigación para darle cierta estructura y coherencia en sus líneas, ésta se apoya principalmente en el estudio de métodos y técnicas para realizar investigaciones y determina cómo se desarrolla el problema planteado.

Seleccionar dentro de las diversas alternativas, es uno de los pasos más importantes y decisivos en el desarrollo de una investigación, dado que el camino correcto lleva a obtener los resultados necesarios, que satisfagan los objetivos inicialmente planteados.

El proceso para determinar la metodología tiene como primer paso realizar una investigación bibliográfica que lleve a la aplicación de la mejor técnica, obteniendo resultados que se enlazan con el punto neurálgico de la investigación.

De la lectura realizada, la investigación optó por la metodología cualitativa. Ello por cuanto el objeto de estudio se remite a un fenómeno particular y este tipo de metodología permite involucrarse de manera más detallada con el fenómeno de análisis.

Para comenzar se realiza una descripción de los conceptos de metodología cualitativa y de las razones por las que se decide abordar esta

técnica. Luego, se realiza un análisis de las técnicas aplicadas a la investigación.

2.1.- Metodología Cualitativa

La metodología utilizada en esta investigación es de corte cualitativo, lo que implica una mayor profundización de los procesos sociales. Es decir, concibe lo que pasa en la sociedad no como externo o previamente dado a los sujetos, sino que se va configurando de manera constante y dependiente entre, con y para los individuos y sus circunstancias. Según Mariana Krause, “La importancia de la metodología cualitativa en la realización de trabajos donde se desea conocer el impacto de las propuestas productivas a sectores definidos de la sociedad, estriba en que:

a) Aborda los significados y las acciones de los individuos y la manera en que éstos se vinculan con otras conductas, mediatas o inmediatas, o bien las formas en que éstas son generadas o modificadas;

b) No sólo logra explicar los fenómenos sociales sino que aspira comprenderlos en términos de factores sociales, percepciones y diferentes formas y niveles de información; y,

c) Sus métodos no delimitan a priori los posibles hallazgos y sus rangos de variación, sino que describen, analizan y exploran realidades existentes o incluso aquellas que no se tenían en cuenta o no se conocían según los determinantes específicos de cada caso, lo que aumenta la agudeza analítica del fenómeno a estudiar”⁵.

⁵ KRAUSE JACOB, MARIANA. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. Revista Temas de Educación N°7.

El enfoque cualitativo se ajusta al modelo descrito por Krause según la cual se abarca desde el ordenamiento de los antecedentes, hasta la selección de muestra y análisis de datos⁶

Se adscribe a investigaciones de carácter descriptivo. Es un diseño que no busca traducir culturas, ni tampoco una acción participativa o un estudio de tipo histórico. Krause, define este tipo de estudios, “como aquellos que pueden dar lugar a ideologías descriptivas, además de ofrecer elucubraciones descriptivas acerca de un fenómeno constatado”⁷.

En el caso particular del funcionamiento del CESFAM, desde la perspectiva de los funcionarios de dicho centro de salud. “Lo que se intenta predecir o estipular es la conducta que una persona, o un conjunto de ellas puedan llegar a tener frente a determinado fenómeno”⁸. Para llegar a ello se realiza previamente una investigación exhaustiva de diferentes aspectos de la marca y el producto en si y la reacción que se genera en los individuos frente a un anuncio, una idea o una persona.

Uno de los roles fundamentales de la metodología cualitativa, es precisamente la manera en que los seres humanos partícipes de una muestra perciben un fenómeno. Se apela principalmente a la serie de ideas y conductas posteriores que pueden desencadenarse frente a un estímulo que es la reforma de salud en el centro de salud de La Bandera determinado. Se trata de inferir ciertas tendencias conductuales que se producen a partir de las ideas, las emociones y los sentimientos que se generan en el público.

⁶ *Ibíd.*

⁷ *Ibíd.*

⁸ *Ibíd.*

2.2.-Paradigma interpretativo.

La teórica chilena Mariana Krause define al paradigma interpretativo como “la visión de una realidad dependiente de los significados que las personas le atribuyen. Es decir, la realidad social, el comportamiento de la gente, sus creencias y actitudes, son producto de cómo ellos definen su mundo⁹”.

Además agrega que la principal tarea del paradigma interpretativo es el estudio del proceso de interpretación que los actores sociales hacen de su realidad. De esta forma, el estudio se hace desde la perspectiva de los implicados y enfatiza el factor de comprensión por parte del que investiga.

El paradigma interpretativo hace hincapié en la posición subjetiva de la persona que investiga, al insertarlo o acercarlo lo más posible a la realidad que se ha determinado a estudiar. Es decir, al negar la existencia de un observador distante a su objeto de estudio, el paradigma interpretativo insta a la persona que estudia a comprender los significados atribuidos a cierta realidad, por lo que deberá, hasta cierto punto, pertenecer al mundo estudiado o compenetrarse a él, para lograr una apropiada interpretación del comportamiento evidente de las personas involucradas en la realidad estudiada.

Briones concluye acerca del paradigma interpretativo, que la función principal de la investigación guiada por el paradigma interpretativo consiste justamente en interpretar (comprender) las conductas verbales y físicas de las personas estudiadas lo cual se logra cuando se puede captar el significado que ellas le dan a los

⁹ *Ibíd.*

acontecimientos que se dan en su medio, a su propia conducta y a la conducta de otras personas que interactúan con ella¹⁰.

2.3.-Metodología.

El fin de la investigación, tiene como permanente eje central, descubrir la forma cómo reaccionan los funcionarios del CESFAM La Bandera frente a la funcionalidad del nuevo modelo de atención en salud que se enmarca dentro de los CESFAM.

Una de las mayores ventajas de la investigación cualitativa, es que recurre a la interacción directa entre el investigador y el sujeto/objeto analizado. Los investigadores se transforman en instrumentos de medición y comprende la realidad desde la perspectiva subjetiva.

El estudio de la comunicación que se establece entre el individuo y el investigador es fundamental, pues a través de este proceso se podrá acceder a lo que siente, piensa y desea un consumidor. A través de la palabra se podrán comprender los efectos que los diversos estímulos generan en las personas y contribuir para entender el funcionamiento de los sujetos y sus conductas.

Cabe destacar que la metodología cualitativa siempre es inductiva y se basa en la observación descriptiva y mediante técnicas como la entrevista se logrará llevar a cabo el proceso investigativo.

El método cualitativo procura respaldar la calidad de la investigación abordando el análisis desde dos perspectivas. La primera enfocada en la relación del investigador con el usuario y el segundo con respecto a la

¹⁰ BRIONES, Guillermo. (1999) “Filosofía y Teorías de las Ciencias Sociales: Dilemas y propuestas para su construcción”. Dolmen Estudio. Página 135.

correspondencia del investigador con el proceso mismo. Además, ambos aspectos se complementan mutuamente a través de la técnica.

2.4.- Diseño de la Investigación.

El diseño del enfoque cualitativo utilizado es del tipo general, es decir, se estudia las cualidades de lo investigado, esto es: la descripción de características, de relaciones entre características o del desarrollo de características del objeto de estudio.

Una característica de la metodología cualitativa es que carece de una teoría o de una estructura en el diseño de la investigación. Por ello, resulta complicado definir cómo se debe realizar un diseño de investigación cualitativa siguiendo simplemente unas reglas metodológicas, ya que una programación exhaustiva podría anular la posibilidad de acoger lo inesperado, por eso, aunque sí sea importante una preparación previa del trabajo de campo, como se explicará a continuación, es necesario cierta flexibilidad para permitir que el diseño se adapte al fenómeno que se está estudiando, pudiendo ser necesario modificarlo una vez iniciada la investigación para obtener un conocimiento más profundo del sujeto/objeto de estudio.

El diseño de la investigación cualitativa depende del objeto que se pretende estudiar. Las principales características son:

- Es flexible y elástico, es decir, puede adaptarse a lo que se descubre mientras se recogen los datos, como ya hemos apuntado anteriormente.

- Implica la fusión de diferentes metodologías.

- Se concentra en comprender el fenómeno o el entorno social. No busca hacer predicciones sobre dicho entorno o fenómeno.
- Exige gran dedicación por parte del investigador, que generalmente deberá permanecer en el campo durante periodos prolongados.
- El propio investigador es uno de los instrumentos de investigación.
- Requiere de un análisis continuo de los datos, lo que determinará las estrategias a seguir.
- Impulsa al investigador a construir un modelo de lo que se intuye en el ambiente social o de lo que trata el fenómeno de interés.
- Analiza el cometido del investigador y sus propios sesgos o prejuicios.

Sin embargo, aunque las decisiones del diseño no se especifican de antemano, sí es necesario realizar una planeación intensa que apoye el diseño emergente, ya que sin dicha planeación se obstaculizaría la flexibilidad del diseño.

El diseño que se siguió en esta investigación es como a continuación se expone en el siguiente gráfico.





2.5 Técnicas de la Investigación sobre impacto del CESFAM en los funcionarios del Centro de Salud Familiar La Bandera.

2.5.1.- Encuestas

La encuesta forma parte de la metodología cualitativa y su aplicación, en la investigación, se orientó específicamente a la detección de las principales necesidades del personal y funcionarios de salud del CESFAM La Bandera.

2.5.2.- La Observación no participante.

La observación participante es una de las técnicas privilegiadas por la investigación cualitativa. Consiste, en esencia, en la observación del contexto desde la no participación del propio investigador o investigadora.

La técnica de observación no participante es “una observación con propósitos definidos”. El investigador se vale de ella para obtener información y datos, sin participar en los acontecimientos de la vida del grupo que estudia.

Los instrumentos generalmente utilizados son las fichas de trabajo o contenido, cuestionarios, etcétera.

2.5.3.- Focus Group

Con respecto al concepto de focus group, son sesiones de grupo que hacen las organizaciones para recolectar data cualitativa sobre un tema en particular a través de una discusión profunda entre participantes previamente seleccionados.

La técnica de los grupos focales se enmarca dentro de la investigación socio-cualitativa, entendiendo a ésta como proceso de producción de significados que apunta a la indagación e interpretación de fenómenos ocultos a la observación de sentido común. Además, se caracteriza por trabajar con instrumentos de análisis que no buscan informar sobre la extensión de los fenómenos (cantidad de fenómenos), sino más bien interpretarlos en profundidad y detalle, para dar cuenta de comportamientos sociales y prácticas cotidianas.

“Los grupos focales constituyen una técnica cualitativa de recolección de información basada en entrevistas colectivas y semiestructuradas realizadas a grupos homogéneos. Para el desarrollo de esta técnica se instrumentan guías previamente diseñadas y en algunos casos, se utilizan distintos recursos para facilitar el surgimiento de la información (mecanismos de control, dramatizaciones, relatos motivadores, proyección de imágenes, etc.)”¹¹

El grupo focal también se denomina "entrevista exploratoria grupal o "focus group" donde un grupo reducido y con la guía de un moderador, se expresa de manera libre y espontánea sobre una temática.

La entrevista focalizada fue divulgada por Robert K Merton en 1956¹² . En su texto: “The Focused interview”, según este autor “los grupos focales parecen ser algo más que dinámicas de grupos e ir más allá de una metodología en sí. En su defecto, se comprende más como una herramienta de investigación localizada dentro de una teoría y método específico que busca la obtención de un conocimiento consensuado sobre un hecho social o sobre una temática focalizada y definida previamente por el investigador”.

Frecuentemente el empleo de esta técnica se realiza en grupos no menores de diez personas y en grupos no mayores de quince. Para su funcionamiento se recurre a la identificación de los participantes y se lleva a cabo un registro de audio y video con la finalidad de sacar el mejor provecho de la técnica; se trata por lo tanto de poner mucha atención en el lenguaje no verbal y en las actitudes del grupo, así como llevar apuntes de los aspectos más relevantes que en ella se desarrollan.

¹¹ VASILACHIS DE GIALDINO, (1993).I. Métodos cualitativos. Bs. As: I CE.A.L

¹² MERTON Robert K. KENDALL Patricia, (1956) “The Focused interview”. Pág. 81.

La técnica o procedimiento de Focus group indica que los investigadores deben impregnarse de experiencias subjetivas repletas de emociones y actitudes frente a un conocimiento que seduce al investigador a convertirse en un especialista con flexibilidad objetiva, que con habilidad y experiencia buscará crear un ambiente rapport ¹³ donde los participantes den su opinión al respecto, y donde la confluencia de opiniones conformen una esfera mágica propia del mundo humano con características contingentes sobre la realidad. Así en la actualidad, ésta herramienta de recolección de información subjetiva toma un verdadero auge dentro de las investigaciones sociales. En “Metodología de la Investigación” de Roberto H Sampieri 2003 nos dice: “Es un método de recolección de datos cuya popularidad ha crecido. Son los grupos de enfoques Focus Group¹⁴”

El uso de las técnicas de Focus Group se encuentra en la actualidad en demanda creciente y viene a llenar un vacío dejado por los cuestionarios que presentan grandes limitaciones por la constante frecuencia de preguntas cerradas que constriñen y sesgan las respuestas de los participantes. Los Focus Group se utilizan en el acontecer diario para evaluar estados de ánimo, conocer sobre nuevos productos, evaluar empaques, etiquetas, precios y conocer opiniones sobre problemáticas y políticas públicas.

¹³ Se refiere con este término al clima de confianza necesario para generar respuestas espontáneas de los participantes.

¹⁴ En “Metodología de la Investigación” de Roberto H Sampieri 2003 nos dice: “Es un método de recolección de datos cuya popularidad ha crecido. Son los grupos de enfoques Focus Group” Pág. 465. Cáp. 9

2.6.-Diagnóstico FODA

Por último se hará un diagnóstico FODA, respecto del Centro de Salud La Bandera. La técnica FODA se orienta principalmente al análisis y resolución de problemas y se lleva a cabo para identificar y analizar las Fortalezas y Debilidades de la organización, así como las Oportunidades y Amenazas reveladas por la información obtenida del contexto externo.

Esta técnica es fundamental en la Planeación Estratégica.

COMPONENTES DE UN ANÁLISIS FODA

	Positivos	Negativos
Internos	Fortalezas	Debilidades
Externos	Oportunidades	Amenazas

Las Fortalezas y Debilidades se refieren a la organización y sus productos, mientras que las oportunidades y amenazas son factores externos sobre los cuales la organización no tiene control alguno. Por tanto, deben analizarse las condiciones del FODA de la organización en el siguiente orden:

- 1) Fortalezas
- 2) Oportunidades
- 3) Amenazas y
- 4) Debilidades.

Al detectar primero las amenazas que las debilidades, la organización tendrá que poner atención a las primeras y desarrollar las estrategias convenientes para contrarrestarlas, y con ello, ir disminuyendo el impacto de las debilidades. Al tener conciencia de las amenazas, la organización aprovechará de una manera más integral tanto sus fortalezas como sus oportunidades.

Las Fortalezas y Debilidades incluyen entre otros, los puntos fuertes y débiles de la organización y de sus productos, dado que éstos determinarán qué tanto éxito tendremos poniendo en marcha nuestro plan. Algunas de las oportunidades y amenazas se desarrollarán con base en las fortalezas y debilidades de la organización.

El FODA como técnica de planeación, permitirá contar con información valiosa proveniente de personas involucradas con la administración del CESFAM. Es necesario señalar que la intuición y la creatividad de los involucrados es parte fundamental del proceso de análisis ya que para los que una determinada situación parece ser una oportunidad, para otros puede pasar desapercibida; del mismo modo esto puede suceder para las amenazas, fortalezas y debilidades que sean examinadas.

La técnica requiere del análisis de los diferentes elementos que forman parte del funcionamiento interno de la organización y que puedan tener implicaciones en su desarrollo, como pueden ser los servicios que ofrece el CESFAM La Bandera, la capacidad laboral; así como los puntos fuertes y débiles de la organización en las áreas administrativas. Los elementos a

evaluar pueden incrementarse de acuerdo a las percepciones que se tengan del entorno de la organización por parte de quienes realicen el diagnóstico.

El análisis FODA, emplea los principales puntos del estudio del contexto e identifica aquellos que ofrecen oportunidades y los que representan amenazas u obstáculos para su operación.

Es importante considerar que los factores evaluados representan el mismo elemento de la técnica para todas las organizaciones ya que lo que pudiera ser una fortaleza para una, podría ser debilidad para otra. Una oportunidad es algo que se puede aprovechar en beneficio. También podría ser perfectamente una oportunidad.

III. MARCO TEORICO

¿Cómo se transforma un consultorio en CESFAM? En efecto, esta pregunta ronda en la Atención Primaria de Salud desde hace 15 a 20 años, cuando el Ministerio, las universidades y algunos Servicios de Salud en particular comenzaron a promover este proceso de cambio que se caracteriza, como todo suceso complejo, por tener un desarrollo muy prolongado en el tiempo y por impactar profundamente en el recurso humano.

Actualmente, aún vivimos en Chile un proceso de reforma del Estado y de descentralización al interior del sector salud. Así, las responsabilidades fundamentales del Estado en materia de salud experimentan transformaciones importantes, lo que se ha expresado en Chile en la separación o diferenciación de funciones del sistema. Es esto parte de lo que ha acontecido en nuestro país en el marco de la reforma de salud.

Pocos conocen los cambios que a partir de enero del año 2005 se han implementado a propósito de la aplicación de la Ley de Autoridad Sanitaria (una de las cinco leyes de la Reforma de la Salud). Podríamos decir muy sintéticamente que hoy los servicios de salud deben ocuparse fundamentalmente de los enfermos a través de gestionar las “redes asistenciales”. Por otro lado las autoridades sanitarias entre otras funciones fundamentalmente trabajan con los “sanos” a través de: prevención, promoción de la salud, fiscalización y otras funciones esenciales de salud pública¹⁵.

¹⁵ HERRERA Pamela (2004) “Nuevo Modelo de Gestión en la Atención Primaria de Salud. La experiencia de Santiago” Revista del Instituto Libertad y Desarrollo. Santiago: LyD, Pág. 7.

Lo anterior implicó una importante evolución de Consultorios a CESFAM con todo lo que ello involucra, ello responde a un proceso iniciado en mayo del año 2002, cuando se envía al congreso el proyecto de ley que definiría el régimen de salud actual en Chile. Proceso orientado esta vez, a reformular los programas de salud, con el objetivo de: adecuar la oferta programática a las necesidades de salud de la población, incorporar mayores niveles de calidad en las prestaciones, orientar las acciones hacia aquellas áreas definidas como prioritarias, privilegiar acciones que tengan un mayor impacto costo – efectividad, relevar las acciones de promoción y prevención y aumentar los grados de participación social en la definición de las acciones a ejecutar¹⁶.

Los CESFAM, en grandes líneas buscan poner al servicio de las personas un sistema de salud adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral respecto al proceso de salud enfermedad, orientado hacia la familia y la recuperación, con él se espera que las comunidades accedan a un sistema de atención moderno y humanizado, de tal forma que las familias se sientan efectivamente protegidas y aseguradas en relación a sus necesidades de salud¹⁷.

En los desafíos que exige el nuevo modelo, “ser sano” va más allá de factores exclusivamente genético-biológicos, abordable solamente desde la perspectiva médica, Sino que reconoce la relevancia del entorno físico,

¹⁶ RUIZ-ESQUIDE Mariano. (2003).La reforma de salud según un médico legislador En: Revista Vida Médica, publicación oficial del Colegio Médico de Chile, volumen 55, N° 2, Págs 74 y ss.

¹⁷ CES A CESFAM (2006) Documento acerca de los pasos necesarios para traspasar de CES a CESFAM salud APS Familia. [consultado de fecha 11 de marzo de 2008] Disponible en: www.scribd.com/doc/

cultural, ambiental y social en el cual se desarrolla la vida cotidiana de las personas.

Cuando hablamos de la salud, nos enfrentamos ante un derecho de contenido constitucional. Es necesario especificar que lo que garantiza el Estado es el acceso a la salud, no el derecho a buenas prestaciones de salud. Por ello, en la forma el Estado entrega salud a la población, pero en el fondo no hay una entrega óptima y es ahí donde surge el gran problema de la salud. En razón del enorme nivel de complejidad del asunto es que, en aras de construir mejores condiciones de salud y en el contexto de la reforma a la salud se exige una participación ciudadana activa. Se trata de un problema de tal nivel de envergadura, que requiere una serie de acciones en conjunto; de los funcionarios de la salud, de la comunidad y autoridades. Esto es aún más complejo en La Bandera, porque es una población, desde siempre caracterizada por su fuerte compromiso social y con clara conciencia de los derechos como ciudadanos que le asisten, por tanto se trata de una población objetiva mucho más exigente en todos los sentidos.

La organización del trabajo, que el modelo de salud familiar demanda, no ha podido ser satisfactoriamente implementado en el CESFAM La Bandera, debido a la falta de políticas administrativas coherentes con los requerimientos y principios de dicho modelo.

3.1 Derecho a la salud.

La ley chilena eleva el derecho a la salud a norma de rango constitucional al incorporarlo dentro del catálogo de derechos fundamentales que posee toda persona, en el artículo 19 N° 9 de la Constitución Política de la República, la norma constitucional no fija el contenido del derecho,

debiendo establecerse por el legislador interno e interpretarse en virtud de los tratados internacionales de derechos humanos. La ley, sólo resguarda el libre e igualitario acceso a las acciones de salud, además de establecer que el Estado tiene el deber de garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que éstas se presten por entes privados o públicos. La forma y condiciones en que se realiza la norma lo determinará la Ley. Por último, señala que las personas tendrán el derecho de elegir entre un sistema privado de salud o un sistema público. Sólo es esta capacidad de opción entre el tipo de sistema, el que se encuentra protegido por el recurso de protección, acción de amparo para proteger a las personas de la violación de sus garantías constitucionales. De esta forma, la legislación que aborda las responsabilidades del Estado en materia de salud debe siempre respetar este derecho a elección.¹⁸

“Art. 19 N° 9: La Constitución asegura a todas las personas: El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo.

Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias.

Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado”.

¹⁸ DRAGO, Marcelo. (2006) La reforma al sistema de salud desde la perspectiva de los derechos humanos. Serie de Documentos Públicos. Santiago, Chile: CEPAL: Pág. 13.

Asimismo este derecho también se incorpora a nuestro ordenamiento a través de los tratados internacionales ratificados por Chile y que se encuentran actualmente vigentes y donde se reconoce el derecho a la salud. Estos tratados poseen rango constitucional por mandato de la carta fundamental al determinar que es deber de los órganos del Estado respetar y promover los derechos fundamentales garantizados por los tratados internacionales.

Por último, señala que las personas tendrán el derecho de elegir entre un sistema privado de salud o un sistema público. De esta forma, la legislación en materia de responsabilidades del Estado en materia de salud debe siempre respetar velar por este derecho a elección.

El criterio político que subyace en esta norma, está en que el constituyente ha querido que las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, y de rehabilitación, cuando ello fuere necesario, sean brindadas por instituciones públicas y privadas, en que coexistan sistemas de salud estatal y particular, entre los cuales cada persona pueda libremente escoger. Con estos principios matrices se quiso evitar que un sistema de salud estatal único, pudiera ser fuente de dominación política o ideológica sobre la población.

El constituyente estimó que el problema residía en que el control que pudiera realizar el Estado para permitir, aprobar, autorizar o exigir determinados requisitos de cualquier ente que desee ejercer en el ámbito privado de salud, que tuviera un marco tan amplio de fiscalización, podría en la práctica, debilitar las legítimas iniciativas de salud que surgieran, y

llegando, por este camino, a un monopolio que en un momento determinado pueda ser injustificado¹⁹.

En síntesis, el constituyente se inclina por establecer un inciso donde se garantice expresamente el derecho a la iniciativa particular en materia de salud y que el Estado sólo pueda controlar dentro de ese marco. Comparando esta situación con la de otros países latinoamericanos, el derecho a la salud se encuentra protegido de una manera similar.

3.2.- La Salud Pública.

Generalmente cuando se habla de Salud Pública muchos piensan que el término se refiere a la salud que otorga el Estado. Y en ese sentido la relacionan con los Consultorios y los Hospitales Públicos. Otros la relacionan exclusivamente con las acciones tendientes a la prevención y otras acciones de bien público relacionadas con la salud en general. Sin embargo la realidad es distinta y en este sentido se ha ido produciendo una actualización permanente del significado conceptual del término. Es decir se ha ido produciendo una renovación conceptual de la salud pública.

El concepto de salud pública, es el de la intervención colectiva, tanto del Estado, como de la sociedad civil, orientada a proteger y mejorar la salud de las personas. Es una definición que va mas allá de los servicios de salud no personales o de las intervenciones de carácter comunitario dirigidas a la población e incluye también la responsabilidad de asegurar el acceso a los servicios y la calidad de la atención de la salud.

¹⁹VÁSQUEZ MÁRQUEZ José Ignacio (2004) “Derecho a la salud, Protección y Garantía”, En: Revista de Derecho Universidad Finis Terrae.

La noción de salud pública, se confunde con frecuencia con la responsabilidad del Estado en materia de salud, cuando en realidad no son sinónimos. El funcionamiento de la salud pública va mas allá de las tareas propias del Estado y no abarca todo lo que el Estado puede hacer en el campo de la salud. En todo caso existen una serie de responsabilidades indelegables a cargo del Estado en le ejecución o en la garantía del cumplimiento de las funciones esenciales de salud pública. Estas forman parte de la responsabilidad rectora que el Estado tiene sobre la salud, caracterizada asimismo por las tareas de conducción, regulación modulación de la financiación, vigilancia del aseguramiento y armonización de la prestación²⁰. Lo anterior, es lo que en los últimos años se está desarrollando en Chile en el marco de la reforma del sector salud.

Según Winslow., “la salud pública es la ciencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y fomentar la salud y la eficiencia física mediante esfuerzos organizados de la comunidad para sanear el medio ambiente, controlar las infecciones de la comunidad y educar al individuo en cuanto a los principios de la higiene personal; organizar servicios médicos y de enfermería para el diagnóstico precoz y el tratamiento preventivo de las enfermedades, así como desarrollar la maquinaria social que le asegure a cada individuo de la comunidad un nivel de vida adecuado para el mantenimiento de la salud”.²¹

La salud pública, así considerada, se constituye a partir del reconocimiento de la existencia de procesos y problemas colectivos de enfermedad. Esto implica que organizaciones, grupos o instituciones deben

²⁰ Organización Panamericana de la Salud. (2002).La Salud Pública en las Américas. Washington D.C: OPS.

²¹ WINSLOW. C (1920). The Untilled Fields of Public Health. Publication: Science, Volume 51, Issue 1306, págs. 23-33.

hacerse cargo de los mismos, pues éstos no podrían ser resueltos en el nivel de los individuos.

En Chile integran los organismos que componen el sistema nacional de servicios de salud creado en virtud del DL 2.763 de 1979, y las instituciones y empresas del Estado que cuentan con unidades asistenciales: este subsector es financiado en más del 50% de su gasto directamente por el Estado.

Es evidente que el sistema de la salud transita hacia una meta hasta ahora insuficientemente definida, esto ya es un problema por sí solo. Por otro lado las propuestas de transformaciones comparten de alguna forma las siguientes características (señales contradictorias que confunden no sólo a las autoridades, sino que también a los trabajadores de la salud y a la población). Se sustentan en políticas globales que afectan a la sociedad o al Estado, con un fuerte sesgo hacia los aspectos económicos, por consecuencia se han tenido que privilegiar los aspectos financieros, organizativos y administrativos del sistema, dejando de lado los cambios en los modelos de intervención, expresión de una comprensión más amplia y profunda de los determinantes de salud de la población tiende a considerar a las personas como clientes o beneficiarios de un sistema de prestación de servicios de salud, subvalorando la importancia de las comunidades como objetos de programas y acciones colectivas.

3.3.- La Atención Primaria

Primero, es necesario precisar que la Atención Primaria en Salud es "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena

participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de sus etapas de desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación²². Asimismo la declaración de Alma -Ata, determinaba sus principales características:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las

²² Organización Panamericana de Salud. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención primaria en Salud. URSS:OPS.

comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;

5. 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, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;
6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

Por su parte el Ministerio de Salud la ha definido como “La atención que ofrecen los consultorios y postas rurales a través de todo el país. Es administrada por la municipalidad. Constituye la puerta de entrada al Sistema Público de Salud”²³. Comprende los siguientes programas:

1. Programa del Niño
2. Programa del Adolescente
3. Programa de la Mujer

²³[consultado de fecha 28 de enero de 2008] Disponible en: www.minsal.cl

4. Programa del Adulto
5. Programa del Adulto Mayor
6. Programa Odontológico

Según los organismos internacionales relativos a esta materia El rol de la atención primaria es esencial, pues, en ella reside la misión de terminar con la disparidad entre el subsector público y privado, en este sentido según la Organización Panamericana de Salud (OPS): “Ante la actual situación sanitaria a nivel mundial, la tarea decisiva de la comunidad mundial consiste en reducir las disparidades en salud que actualmente existen entre los países. Sobre la base de experiencias y logros del pasado...para lograr progresos reales en materia de salud, se requieren mejores sistemas basados en la estrategia de atención primaria... los países que no desarrollen sistemas de atención que respondan a los complejos retos de salud del presente, sólo conseguirán adelantos limitados hacia los objetivos de desarrollo del milenio de las Naciones Unidas y otras prioridades nacionales en materia de salud.

La Atención Primaria de Salud –APS- constituye la estrategia principal del sector salud para que los países alcancen los objetivos de desarrollo del Milenio: reducir la pobreza, eliminar la desnutrición aguda y crónica y reducir la mortalidad infantil y materna, mediante el acceso universal a servicios básicos integrales de salud, agua segura y disposición sanitaria de excretas y la prevención y control de las enfermedades, con la activa participación de las comunidades organizadas. ²⁴.

La propuesta del actual modelo para la atención primaria del sistema público de salud, constituye un cambio profundo para la actual situación de los centros de salud y su relación con el resto de la red de atención. Se trata

²⁴ Organización Panamericana de Salud. (2004). Atención Primaria de Salud, Santiago:OPS.

de un cambio de carácter cultural, político y organizacional, que resulta coherente con el contexto de reforma que se está impulsando al interior del sistema de salud y que rescata los avances logrados en el proceso de desarrollo de la atención primaria. La estrategia en la atención primaria se mide en cantidad de acciones que se realizan para prevención o promoción de la salud (y que sucede con la calidad).

Este cambio busca poner al servicio de las personas un sistema de salud adaptado a sus necesidades, es así como el modelo de Salud Familiar, constituye un paradigma alternativo para solucionar problemas existentes en la prestación de servicios de salud, junto con humanizar la medicina a nivel primario, ya que, entiende el proceso salud- enfermedad de una manera integral, y aporta significativamente a una resolución más global de los problemas de salud en la Atención Primaria. Esto se logrará a través de la participación de todos los sectores conexos a la salud en forma coordinada, ya que exige y fomenta el auto responsabilidad, la participación activa del individuo y de la comunidad, para así obtener el mayor provecho de los recursos disponibles, y priorizar el trabajo en equipo para atender las necesidades expresadas del grupo local. Sin embargo, para alcanzar las ventajas de un modelo familiar en la atención primaria se requiere un profundo cambio organizacional. Este va desde la modificación de la infraestructura para la atención, hasta los cambios en los procedimientos y roles, transformación que supone una adecuada capacitación de los prestadores de servicios y actitudes y expectativas distintas de los usuarios.

En el marco del debate internacional de salud, adquieren creciente validez los modelos de Atención Primaria de Salud (APS) basados en un nuevo enfoque denominado biopsicosocial. Éste se caracteriza por integrar las condiciones psicológicas, sociales, económicas y políticas en la concepción de la salud, aportando una significativa claridad a la resolución

global de los principales problemas de salud pública de hoy, entendiéndose los procesos de salud-enfermedad de un modo integral que no involucra únicamente a la persona, sino también a la familia y la comunidad.

El Ministerio de Salud (MINSAL) ha asumido la iniciativa de reformar la Atención Primaria, adoptando como eje central el desarrollo de un modelo de salud familiar que se enmarca dentro del enfoque biopsicosocial antes descrito. Esto ha dado paso a procesos de adaptación del equipamiento de salud existente, vale decir, a la transformación del Consultorio General Urbano (CGU20 o CGU40) en Centros de Salud Familiar (CESFAM)²⁵.

3.4.-Condiciones para la implementación de un CESFAM.

Para el progreso de un proceso de cambio de estas características, deberán considerarse algunas condiciones que resultan fundamentales y sin las cuales se pone en riesgo el éxito de esta empresa. Estas condiciones son las siguientes:

1. Voluntad política: El eje del cambio está ubicado en los centros de salud, los que, en su mayoría se encuentran bajo dependencia municipal. Todo cambio trae consigo incertidumbres, resistencias y nuevas demandas, las que se justifica asumir sólo ante el convencimiento de que el resultado del proceso será una mejoría significativa de la actual situación de la atención primaria.

Si las autoridades vinculadas con el desarrollo de la atención primaria municipal están convencidas de la importancia y necesidad del cambio,

²⁵ BUSTOS A., RIQUELME N., ASENJO G., FERNÁNDEZ P., CONTRERAS Y., ILLANES B. (1996) Salud Familiar: una perspectiva en el paradigma Biopsicosocial. En: Rev. Facultad Odontología, UdeC. Vol. III (5) 21-23

deberán comprometer su apoyo a los equipos que trabajarán en el proceso de transformación, en cada uno de los centros.

Esto es especialmente significativo, cuando es probable que el proceso de cambio se extienda por más tiempo que los períodos de gobierno o de gestión con que cuentan las autoridades municipales o del Servicio de Salud. Se trata, por lo tanto, de un compromiso de largo aliento, donde las bases que se coloquen en las primeras etapas, deberán sostener las etapas siguientes.

2. Adaptación a las condiciones locales: La amplitud del cambio propuesto, permite identificar múltiples focos donde comenzar su implementación. Los cambios específicos serán más o menos complicados de iniciar, según las condiciones de cada localidad; condiciones que son particulares y necesariamente diferentes entre sí. Por este motivo, es importante que exista la suficiente flexibilidad para que los múltiples focos de cambio sean llevados adelante en forma estratégica; es decir, considerando las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de cada centro y comuna.

Con qué cambios específicos se debe comenzar, con cuánta intensidad, cuánta urgencia y en qué orden, son, todas, decisiones que corresponden a los distintos gestores locales. Esto, sin desmedro de que exista la coordinación suficiente para asegurar que los procesos de cambio particulares, apunten en la dirección de un mismo cambio global.

3. Nuevos y más recursos para mejores resultados: El cambio propuesto busca elevar la calidad del servicio de salud que se ofrece a la población y aumentar su eficacia. Esto, necesariamente, implica mayores recursos y, probablemente, en muchos casos, nuevos recursos. Será necesario, por

ejemplo, tener más profesionales por beneficiario y, quizás, un nuevo tipo de profesional, para cumplir una función que se justifica por el cambio en el modelo de atención.

La condición de contar con más recursos, debe ser proyectada en el tiempo, durante todo el proceso. Probablemente, se puede comenzar sin agregar más recursos al sistema, sino, más bien, reorganizándolos. Sin embargo, en forma progresiva, habrá que contar con estos mayores recursos. El contexto de una reforma en salud, permite ser optimista, en el sentido de que ésta, necesariamente, considerará mayores fondos para salud. Por otra parte, parece razonable que, dentro del sector salud, se redistribuyan los recursos, en beneficio de la atención primaria.

Sin embargo, para avanzar en el proceso de cambio, se requiere reflexión y convencimiento de su importancia, por parte de los diferentes actores. Esto puede ser de bajo costo, pero no sencillo de realizar.

Cambios en el Marco Legal: El marco legal que regula el funcionamiento de la atención primaria, contiene algunas condiciones que le dan cierta rigidez a la gestión, lo que puede dificultar el cambio deseado; especialmente, en lo que se refiere a la administración de personal y a la introducción de incentivos a la especialización y eficiencia.²⁶

Esto no significa que el proceso no pueda iniciarse bajo el actual marco legal. Existe un amplio campo de transformaciones, que se pueden efectuar bajo las condiciones actuales y, probablemente, su desarrollo pueda

²⁶ Ley 19.378. Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, sancionada y publicada de fecha 8 de abril de 2005.

significar un estímulo para un cambio de legislación, en el marco de una reforma más global en el sector.

Características de la implementación

Asumiendo la complejidad que un proceso de implementación de Modelo de Atención en Salud Familiar plantea, se describen, a continuación, las líneas específicas de trabajo que el proceso de desarrollo debería incluir. Estas se han ordenado en torno al eje del Modelo constituido por el centro de salud. Se describirán, en primer lugar, las relacionadas con el centro de salud propiamente tal; y en segundo, las relacionadas con las interacciones de éste con la comunidad y las redes locales y sectoriales.

3.5.- Municipalización del Nivel de Atención Primaria

La municipalización del nivel de atención primaria, significó el traspaso de los consultorios a las municipalidades, quienes deben velar por la buena administración de dichos establecimientos. Este proceso se inicia a comienzos de la década del 80 en virtud del DFL 1-3063, en plena dictadura y es parte de las transformaciones que realiza el régimen militar a las políticas sociales del Estado insertándolas en la lógica del mercado.

Este traspaso es justificado bajo la estrategia de descentralización de la salud que implica la redistribución del poder del estado desde el gobierno central a los gobiernos regionales y locales a fin de desarrollar espacios subnacionales para que estos enfrenten y resuelvan los aspectos de la vida cotidiana y las necesidades de la población²⁷.

²⁷ CHACÓN, Andrés.(2004) DESCENTRALIZACIÓN Y AUTONOMÍA DURANTE LOS GOBIERNOS DE LA CONCERTACIÓN Registro intelectual n° Instituto chileno de Estudios Municipales Universidad Autónoma de Chile, Santiago:ICHEM. Págs. 8 y ss.

Por otro lado para el régimen imperante, esta municipalización es la respuesta para lograr el debilitamiento del gran conglomerado sindical de la salud, el cual significaba un gran riesgo para su estabilidad dado el gran poder de movilización social que este significaba.

A partir de 1990 con la llegada de la Democracia se introducen nuevos cambios a la municipalización de la salud como lo fue: El sistema de financiamiento de la atención Primaria Municipal se modifica, pasa de la Facturación por Atenciones Prestadas (FAPEM), al nuevo sistema de Capitación, que discrimina los municipios de acuerdo a sus condiciones de urbano o rural, y el grado de dependencia que tengan del fondo común municipal (pobres- no pobres)²⁸.

Por otro lado en 1995 se promulga la Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria Municipal, que norma la administración, financiamiento y coordinación de los establecimientos de atención primaria de salud, imparte instrucciones que abordan además las relaciones laborales de los funcionarios de salud municipal.

Además durante la década del 90 se ha trabajado en un proceso de transformación y reforzamiento de este nivel. Con el objetivo de convertir a los consultorios en la base del nuevo modelo de atención en salud, más moderno, humanizado y centrado en la satisfacción del usuario.

En la actualidad nuestro país cuenta con 1.641 establecimientos de Atención Primaria. Estando el 90% de éstos administrados por municipios. Dentro de éstos se encuentra el Consultorio La Bandera o “Centro de Salud la Bandera”.

²⁸ *Ibíd.*

3.6.- Centralización en la Atención Primaria.

Un gran problema de la Salud en el nivel de atención primaria, es la dependencia desde las esferas centrales, el rol de la autoridad central en la definición de las políticas y de los programas, en el manejo de la información, en la evaluación y control del sistema, sigue siendo predominante, aún cuando existen condiciones; los servicios de salud no han demostrado mayor capacidad de gestión autónoma (MINSAL sigue actuando con un fuerte sesgo centralista y los directores locales no hacen suficiente uso de su creciente autonomía). También ocurre que, el centralismo se ha enraizado como una cultura común en la mayoría de los funcionarios, lo que se traduce en una inercia difícil de revertir.

La organización en torno a niveles de autoridad y complejidad, herencia del SNS, sumado a la municipalización del nivel primario, son probablemente las principales causas de conflicto.

Los niveles de atención reflejan un modelo centrado en el hospital, sitio donde se concentra la mayor tecnología y recursos. Es el lugar favorito para la acción médica a la cual se le reconoce mayor autoridad y liderazgo dentro el sistema. Por el contrario el nivel de mínima complejidad y máxima cobertura, por definición tiene menos recursos, menos tecnología y por ende es menos atractivo para el médico, quien trata de transitar por allí lo más rápido posible. Esta situación inevitablemente determina un desnivel valórico y jerárquico que atenta contra el sistema de atención, así como contra su equidad y eficiencia.

El cambio en la atención primaria, es por el paso desde una identidad muy definida, de fuerte pertenencia institucional, con una organización ordenada en niveles y clara dependencia jerárquica, a una realidad en que estas características no han sido restablecidas y en las que existe una identidad débil de doble dependencia: Municipal y del Servicio de Salud, y aunque dotada de mayor autonomía esta potencialidad no es plenamente aprovechada.

Si bien se han creado condiciones teóricamente más apropiadas para la descentralización de la atención primaria, en realidad ésta solo existe en aquellos lugares donde ha habido intención y voluntad política y administrativa.

Las condiciones actuales de la atención primaria afectan la capacidad de desarrollo de los programas de salud, siendo algunos de los aspectos relevantes los siguientes:

- Persiste una disparidad en las condiciones locales, tanto en disposición de recursos como en la capacidad de gestión y en la voluntad política de asumir el tema de salud.
- En gran medida se traspasó “la asistencia” a un nuevo administrador, más que lograr una mayor integralidad de las acciones de salud y un aumento de la participación comunitaria por parte de las municipalidades. El tema de salud aún se percibe como ajeno a los intereses y responsabilidades del Municipio, y cuando se decide abordarlo, la percepción de los recursos entregados es insuficiente.

Los equipos de salud primaria responden a dos jefaturas no siempre bien coordinadas:

- 1) La Municipalidad y,
- 2) El Servicio de Salud.

El conflicto se ha hecho visible cuando los servicios expresan no poder garantizar “compromisos que dependen de otro”(la municipalidad), y los equipos de salud municipal se quejan de que “terceros (el Servicio) asuman compromisos a nombre nuestro”. Esto evidencia la distancia que aún persiste y que dificulta la coherencia de las acciones programáticas.

Según el artículo 1° de la ley 18.965 de 2002, las municipalidades son corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuya finalidad es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de las respectivas comunas.

3.7.-Participación ciudadana.

Es uno de los elementos característicos del actual modelo de salud. La participación de la comunidad se concreta en diferentes niveles. Todos los cambios señalados ocurren en el marco de la Población La Bandera que se refiere al modo en que un CESFAM y sus equipos logran integrarse a la red preexistente, en la cual la vida de las personas tiene un sentido particular, que está dado, por una parte, por el apego del individuo a su propia comunidad, en la que establece vínculos afectivos con las personas que lo rodean, principalmente con su familia y sus vecinos; y por otra parte, por el arraigo, que es el vínculo que las personas mantienen con su historia y sus

características socioculturales. En consecuencia, la sectorización tiene como objetivo, desde el punto de vista sociológico, identificar a la sociedad local a la cual el equipo de salud se va a integrar como agente de desarrollo.

En esta sociedad local existen de modo informal los espacios de convivencia y apoyo; de protección y cuidado; de humanización y desarrollo de capacidades; de socialización y aprendizaje, en tanto las conductas cotidianas de las personas se han ido reproduciendo día a día. También está el espacio de satisfacción de las necesidades y problemas en salud, que tiene un modo particular de reproducirse dentro de esta sociedad local; y el espacio de organización, participación y trabajo conjunto mediante distintas formas de colaboración vecinal como, por ejemplo, las ollas comunes de la década del 80.

La identidad y el desarrollo local adquieren vital importancia en el nuevo modelo de atención en salud, entendiendo la identidad como manera de vincularse con una comunidad o bien, la forma de re-vincular a la organización con el proceso de transformación. La forma en que esa organización, a partir de su propia historia, se entiende a sí misma, se conceptualiza dentro de una cultura o sociedad particular, es esencial para saber qué camino tomar, es decir, conociendo la identidad y el desarrollo local se puede definir hacia dónde se quiere ir, elemento indispensable en esta nueva forma de entender el trabajo comunitario²⁹.

El CESFAM La Bandera forma parte de la red de establecimientos del servicio metropolitano sur oriente, este cumple la función de supervisión, coordinación y control de los establecimientos y dependencias del servicio

²⁹ CES A CESFAM (2006) Documento acerca de los pasos necesarios para traspasar de CES a CESFAM salud APS Familia. [consultado de fecha 11 de marzo de 2008] Disponible en: www.scribd.com/doc

que se encuentran en su territorio para los efectos de cabal y eficiente cumplimiento de las políticas, normas, planes, programas y directivas del ministerio.

La tarea del municipio es de planificar y ejecutar, en base a los lineamientos del Ministerio de Salud, las políticas comunales que más se acerquen al contexto que vive su comunidad. Para ello, se basa en el modelo de Medicina Basada en la Evidencia, Autocuidado y Educación Participativa.

El modelo de Medicina Basada en la Evidencia, incluye, como uno de sus pilares, la consideración del paciente en relación con sus expectativas y valores. La implementación de este tipo de práctica, responde al Enfoque Biopsicosocial, es decir, bajo un enfoque que conlleva la incorporación del individuo y su familia, en la toma de decisiones. Ello requiere el entrenamiento de los equipos y la existencia de capacitación y tiempo para su puesta en práctica³⁰.

También es fundamental la sistematización de la Educación Participativa en salud y la educación para el autocuidado, que constituyen herramientas específicas para aumentar la autonomía y capacidad de decisión de los usuarios, sobre su propia salud.

Por otra parte, a la comunidad le cabe un importante rol en la validación de las estrategias de intervención, especialmente poblacional, para el abordaje, principalmente, de aspectos preventivos y promocionales de la salud.

³⁰ BONFILL, Xavier. (1997) "Medicina basada en la evidencia" En: Rev Esp Cardiol, , págs. 121 y ss.

La comunidad debiese participar en la gestión del centro, a través de un rol activo en la definición de los problemas prioritarios (diagnóstico de situación de salud); de la manera de abordarlos, y en la evaluación. Su puesta en práctica se realiza a través del contacto sistemático y permanente del centro y cada uno de los equipos de salud con los grupos y organizaciones de la comunidad, representativos de los intereses particulares de ella.

Al formar parte del espacio local, al centro de salud le corresponde un papel activo en la interacción con el resto de las instituciones y personas que viven en él; rol que traspasa los límites del quehacer específico en salud. Sin embargo, esto impone desafíos y tareas concretas al centro, cuya operacionalización requiere de un vínculo permanente con los demás integrantes de este espacio. Se trata de una relación multidireccional, en que el centro aporta con sus propios recursos, al desarrollo local.

Este quehacer intersectorial y comunitario, tiene tres dimensiones: la primera, relacionada con el trabajo coordinado del centro y de los otros actores locales, para el abordaje de los problemas de salud de la comunidad; la segunda se relaciona con el rol del centro de salud, en la solución de problemas extrasectoriales, que afectan a la misma comunidad. Finalmente, la última dimensión considera el trabajo del conjunto de instituciones y organizaciones locales, para la solución de aquellos problemas que no son propios de ningún sector por sí solo, sino, más bien, responsabilidad de todos.

CAPÍTULO I

DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

4.- Generalidades

Los sistemas de salud, prácticamente en todos los países del mundo, pasan por profundas transformaciones. A ese conjunto muy desuniforme de procesos se le llama "Reforma de los Sistemas de Salud"³¹. De hecho, se trata de un proceso de adaptación a transformaciones que ocurren en el perfil de las poblaciones y en la realidad cultural, política y social de los distintos países.

La historia reciente del Sistema de Salud en Chile data de 1917 año en que se realizó un Congreso nacional de todas las sociedades de beneficencia e instituciones previsionales y sectoriales que dieron mayor organización y estructuración al sistema previsional y asistencial de salud.

En 1924 se creó el Ministerio de Higiene, Asistencia y Previsión Social y se estableció el Seguro obrero obligatorio (ley 4.054). la Caja de seguro obrero fue destinada a cubrir los riesgos de enfermedad invalidez, vejez y muerte.

Posteriormente surgieron varias leyes sobre el trabajo. En 1938 se dictó la Ley de medicina preventiva, pionera en su género a nivel internacional.

³¹ ORGANIZACION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. 1992.(The reform of health care: a comparative analysis of Seven OECD Countries. OECD Pub. Paris. Health Policy Studies N° 2.

En 1942 se creó el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), que cubría al sector de empleados públicos y particulares

A partir de 1952, Chile desarrolló un Sistema de Salud estatal, centralizado, de alta cobertura y al cual muchos historiadores y analistas de salud atribuyen un gran número de logros: descenso acentuado de la mortalidad infantil (del 136,2 por mil en 1950 al 31,8 por mil en 1980), el incremento de la esperanza de vida (53/56,8 años en 1950 al 67,6/74,6 en 1980) el control de la tuberculosis y la erradicación de la poliomielitis³²,

Desde 1973, Chile vivió bajo un régimen militar que orientó al país hacia un sistema económico y social de naturaleza privatizante y monetarista que resultó en cambios significativos en lo relativo a la salud. A partir de esa fecha el sistema de salud chileno fue sometido a dos series de reformas durante los últimos veinte años. Las reformas durante el gobierno de Pinochet (1973-1990) apuntaron principalmente a la descentralización del sistema y al desarrollo de un sector privado. Esta descentralización comprendió un proceso de disminución de la concentración y la transferencia del sistema de atención primaria a las municipalidades.

Luego de 1990, los gobiernos elegidos democráticamente optaron por conservar la organización central del sistema pero introdujeron reformas con la intención de corregir sus falencias e incrementar tanto su eficacia como su equidad.³³

³² HORWITZ, A. (1995). Servicio nacional de salud y la salud pública chilena In: La salud en el proceso de desarrollo chileno. Santiago, Minsal: OPS..p. 63-83.

³³ MANUEL Anickk. (2005) DOS DECADAS DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE: LOGROS Y DESAFIOS PERSISTENTES: Department of Health System Policies and Operations World Health Organization Geneva, Switzerland.

4.1.- Sistema de Salud en Chile

Conforme lo establece el artículo 2° del Decreto con Fuerza de Ley N° 1³⁴ de 2005: “el sector salud está compuesto por todas las personas, naturales o jurídicas, de derecho público o privado, que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma”.

El sistema está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y al sector privado, constituyendo un sistema de salud mixto. “La contrarreforma de la dictadura de 1981 creó en Chile un Sistema de Salud que se compone de dos subsistemas que actúan separadamente, operando con grandes desigualdades entre el sector público y el privado y también al interior de cada uno de ellos, aunque más marcadamente en el sector privado. Esto se expresa en que el acceso a la Salud en Chile esté fuertemente determinado por el ingreso que se disponga y no por los riesgos sanitarios o estados de enfermedad.

De este modo la relación de afiliación a los subsistemas público y privado, respecto del financiamiento de las cotizaciones, es fuertemente más desventajoso para el sector público, de tal manera que el sistema Isapre recauda cerca del doble de las cotizaciones disponibles y de los ingresos totales destinados a la salud en Chile, el sistema Isapre cuenta con el 46%, para financiar al 23% de la población y esto sin considerar los copagos en el sistema privado. Pero no sólo eso, además este sector se hace cargo, en la práctica, de parte de las deficiencias del sistema privado actuando como reaseguro implícito hacia los grupos de más bajos ingresos que cotizan en Isapres y / o cuando los planes dejan de ser efectivos por la presencia de

³⁴ Dfl N°1 Fija Texto Refundido, Coordinado Y Sistematizado Del Decreto Ley N° 2.763, De 1979 Y De Las Leyes N° 18.933 Y N° 18.469.

enfermedades crónicas, eventos catastróficos o copagos no esperados en personas de ingresos bajos y medios e incluso en personas de ingresos altos. Además es conocido el hecho que los seguros no cubren todo el ciclo vital, lo que implica que cuando las personas disminuyen sus ingresos por estar pensionados y justo en la vejez que es cuando más lo necesitan, ya no pueden cubrir el costo del plan y deben pasarse al FONASA o conformarse con planes de menor cobertura que muchas veces no les permiten realizar los tratamientos que necesitan. De paso esto constituye un problema para el sistema público que debe hacerse cargo con recursos del FONASA”³⁵.

4.1.1. Subsistema Público

El subsistema público es normado y dirigido por el Ministerio de Salud y es responsable de desarrollar actividades de fomento y protección de la salud para toda la población y de atender las necesidades de recuperación y rehabilitación de los beneficiarios de la Ley 18.469. Este grupo está compuesto por trabajadores activos, ya sean dependientes o independientes, que cotizan en el Fondo Nacional de Salud (FONASA), incluyendo sus cargas familiares, y también por personas indigentes o carentes de recursos, no cotizantes.

Todos los cotizantes del sistema público pueden optar por atenderse en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), o bien utilizar el sistema de medicina curativa de libre elección, donde reciben atención de médicos en instituciones privadas que están adscritos al FONASA. Las personas indigentes o carentes de recursos tienen atención gratuita sólo en los establecimientos del SNSS. La atención primaria de salud también es gratuita, e incluye acciones de fomento y protección de la salud, como controles preventivos de salud a la población infantil, vacunaciones,

³⁵ CID PEDRAZA, Camilo. (200) Consideraciones sobre la situación actual de la Seguridad Social en Chile. Santiago, Chile, Universidad Arcis: Revista Cilas.

atención de la embarazada y otras acciones preventivas, como la entrega de leche. Este tipo de atenciones se efectúa en los Consultorios de Salud que dependen de las Municipalidades.

Existe otro grupo de instituciones públicas que, sin pertenecer al SNS, otorgan prestaciones de salud. Es el caso de las Fuerzas Armadas y otras, cuyos servicios de salud incluyen instalaciones propias para la atención de sus beneficiarios.

4.1.2.- Subsistema Privado

El subsistema privado cubre casi al 24% de la población (CASEN 2006). Esta compuesto por las Isapres, que son empresas privadas oferentes de seguros de salud destinados a cubrir los gastos de atención médica de sus afiliados y cargas. Las atenciones, por lo general, son proporcionadas por profesionales y establecimientos privados de salud

4.2.- El Ministerio De Salud

El Ministerio de Salud es la máxima autoridad nacional, en materia de salud. Forma parte del poder ejecutivo, representa el nivel normativo dentro de la organización del sistema de salud y le corresponde formular las políticas de salud ³⁶

Las secretarías regionales ministeriales (SEREMI) se ubican en cada una de las regiones de la división político administrativa del país. Están dirigidas por un médico nombrado por el Ministro y representan al Ministerio, en la región.

³⁶ Ministerio de Salud, División de Salud de las Personas, Depto. de Atención Primaria, Atención Primaria, 1.997.

Por otro lado y como parte de la estructuración de la atención de salud esta se encuentra dividida en niveles que en forma simple se explican a continuación:

1. Nivel Primario: Se refiere a la primera revisión del paciente que se realiza por un medico general. En este nivel se encuentra los consultorios, las postas de salud rural y SAPU.
2. Nivel Secundario: Es la atención del paciente por especialidades.
3. Nivel Terciario: Referente a la hospitalizaciones.

A continuación nos referiremos al nivel primario de atención, dentro del cual se ubica el CESFAM La Bandera, objeto del presente estudio.

4.3.-El nivel primario de atención.

Un error frecuente es confundir los términos Prevención Primaria, Nivel Primario de Atención y Atención Primaria de Salud.

- 1) **La Prevención Primaria** corresponde a una de las etapas de intervención en el proceso salud-enfermedad, consistente en acciones destinadas a prevenir la aparición de una enfermedad aguda o crónica (Ej., inmunizaciones, modificación de factores de riesgo, estilos de vida saludables, etc.).
- 2) **El Nivel primario de Atención** es el primer nivel de la organización del sistema de Salud, que es aquel de mayor cobertura poblacional y menor complejidad. Corresponde a la red de establecimientos de atención ambulatoria.
- 3) La **Atención Primaria** en Salud, por su parte, es una estrategia de intervención, según lo define la Declaración de Alma Ata (U.R.S.S., 1978): "*...es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos,*

científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación". Algunos de sus componentes básicos son el enfoque intersectorial, la participación de la comunidad organizada, uso de tecnologías apropiadas, aplicación del enfoque de riesgo y alta prioridad a la promoción y prevención de la salud en la comunidad. Desde hace algunos años, se ha tendido a identificar el nivel primario de atención con este concepto; y es así como, incluso, desde el nivel normativo, se habla de Atención Primaria para referirse a este nivel de la organización del sistema de Salud. Baste recordar que la Ley 19.378 lleva por nombre "Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal".

El nivel primario de atención está constituido por los consultorios generales, urbanos y rurales; las postas rurales de Salud; las estaciones médico-rurales; los CESFAM y CECOF. El año 1981, se inició el traspaso de estos establecimientos a la administración de las respectivas municipalidades, proceso prácticamente completado hacia 1.990. Los establecimientos son administrados en base a convenios entre los Servicios de Salud y las Municipalidades. Estas se comprometen a cumplir la normativa técnica y ministerial, con autonomía para la gestión del recurso que administra y a someterse a la supervisión técnica de la autoridad de salud.

Según la propuesta del Ministerio de Salud, el nivel primario de atención tiene por objetivo resolver los principales problemas de la comunidad,

integrando acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Para ello, se ha iniciado, desde hace varios años, un proceso de modernización, destinado a acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción de los usuarios, mejorar la capacidad resolutive y controlar los costos de operación. Este proceso se ha traducido en :

- Importante inversión en infraestructura.
- Modificación del sistema de asignación de recursos, desde el sistema de facturación por atención prestada (FAPEM) al actual sistema de asignación per cápita. Este contempla tres elementos básicos :
 - La definición de una canasta básica de prestaciones a entregar en el centro de salud (Plan de Salud Familiar).
 - La determinación de la población efectivamente beneficiaria a través del proceso de inscripción de las personas en el centro en que se desea atender, lo que constituye la población por la cual el centro recibe su asignación presupuestaria, y
 - La elaboración de compromisos de gestión entre las entidades administradoras de los centros de salud y los servicios. El proceso de inscripción de la población comenzó en 1.994. La asignación de recursos per cápita se inició a mediados de 1.995. Pueden inscribirse en estos establecimientos, todas las personas beneficiarias del sistema público de salud.

Desarrollo de programas innovadores : implementación de Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas (IRA), Programas de Salud Mental e implementación de los Centros de Salud Mental (COSAM), implementación de laboratorios básicos y otros. Actualmente, se encuentran en desarrollo otra serie de

modificaciones relacionadas con el Modelo de Atención, las que son tratadas en profundidad, en otro capítulo.

Teniendo presente lo anterior en nuestro país se define la atención primaria como el proceso participativo, descentralizado e intersectorial para mejorar integralmente la calidad de vida de todos los habitantes del país. En este proceso la primera prioridad la tienen los sectores pobres y postergados. Sus objetivos son el desarrollo local, la gestión participativa, la mantención de la salud, prevención y control de riesgos, el autocuidado, la integración de todos los niveles del sistema de salud y la participación social.

SECTOR PÚBLICO	SECTOR PRIVADO
<i>Sistema Nacional de Servicios de Salud.</i>	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Servicios de Salud</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Instituciones prestadoras de servicios</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fondo Nacional de Salud</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Instituciones que financian Prestaciones</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Instituto de Salud Pública</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Mutuales de empleados</i>
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Central de Abastecimiento</i> 	
<ul style="list-style-type: none"> • <i>La superintendencia de instituciones de salud provisional</i> 	

4.4.-Breve reseña de las principales reformas al Sistema de Salud en Chile

4.4.1.- Período del Servicio Nacional de Salud (1952 – 1973): Primer Período de Reforma de la Salud-

En 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud (SNS) unificando a diversos organismos públicos que prestaban servicios de salud, alcanzando una importante cobertura del sector asistencial del país. Sus prestaciones cubrían principalmente al sector obrero e indigentes.

Con menos cobertura se encontraban entidades previsionales y asistenciales en universidades, algunas empresas públicas, fuerzas armadas y policiales. El sector asistencial privado tenía una heterogénea y diseminada situación de desarrollo.

Desde 1964 se iniciaron reformas sociales que en salud destacaron por inversiones en centros asistenciales, formación y enrolamiento de personas y extensión de cobertura geográfica. En SNS se transformó en una organización cuya red asistencial alcanzó una importante cobertura geográfica y poblacional. En este período, la gestión política, económica y organizacional aplicada al sector salud tuvo una orientación predominante de planificación centralizada.

Durante este período, la medicina estuvo estrechamente ligada al desarrollo social del país, incluyendo aspectos de liderazgo social y político. Al final del período, se encontraban médicos en la Presidencia de la República, el parlamento, municipalidades y otras relevantes entidades públicas.

4.4.2.-Período del Régimen Militar (1973 – 1990): La Segunda Reforma de la Salud en Chile.

Las reformas del sistema global de salud, se caracterizaron porque entre 1973 y 1980 hubo una disminución significativa del gasto social y del financiamiento al SNS, conservándose la misma modalidad de organización y funcionamiento previos, pero bajo régimen autoritario.

A partir de 1979 se reestructuró el sector estatal de salud. Se reorganizó al Ministerio de Salud y sus instituciones relacionadas y se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (DL 2.763/1979).

La creación del régimen de prestaciones de salud, mediante la denominada ley de salud, (ley 15.469, año 1985), fijó las características del modelo de financiamiento, previsión y atención de salud vigentes, destacando la libertad de optar por alternativas públicas o privadas en la previsión y atención de salud y contribución proporcional al ingreso en el sistema público.

Entre 1981 y 1986 se adoptaron iniciativas legales para la creación de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se concretó el traspaso de la administración de la mayoría de establecimientos de nivel primario a las municipalidades³⁷.

4.4.3.- Período de gobiernos de la Concertación, 1990 a la fecha. Tercer reforma de la salud.

³⁷ ANICKK. MANUEL (2005) Dos Décadas de Reforma del Sistema de Salud En Chile: Logros Y Desafíos Persistentes: Department of Health System Policies and Operations World Health Organization Geneva, Suiza.

El 21 de mayo del 2002 el Presidente Ricardo Lagos anuncia en su discurso ante el Congreso Nacional la Reforma a la Salud que se basa en cinco cuerpos legales:

- 1) Autoridad Sanitaria.
- 2) Plan AUGE.
- 3) Instituciones de Salud Provisional-
- 4) Derechos y deberes de las personas y;
- 5) Financiamiento.

Los principios orientadores de la política social de Salud: equidad, eficiencia social, participación social, respeto por la dignidad de las personas y de solidaridad, con los cuales se aspira por una parte a un desarrollo estable y a una mejoría significativa de las condiciones de vida de los sectores más desprotegidos del país. La reforma se materializó con la aprobación de cuatro leyes que modifican el sistema hasta el momento vigente:

1. Ley 19 966 de Régimen de Garantías en Salud (Plan AUGE).
2. Ley 19 937 de Autoridad Sanitaria y Gestión (modificatorio del Decreto Ley 2 726 de 1979).
3. Ley 20 015 de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE).
4. Ley 19 888 de Financiamiento del Gasto Fiscal Representado por el Plan Auge.

El eje de la Reforma es el Régimen de Garantías en Salud (GES) también conocido como AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas). Éste busca garantizar el acceso a la salud de la población, al margen de su condición socioeconómica, para ello el plan establece prioridad sobre una serie de enfermedades o condiciones de salud, como hipertensión arterial,

cardiopatías congénitas, traumatismos con riesgo vital, atención del embarazo y tipos de cánceres. Se induce a los CESFAM a desarrollar las condiciones necesarias para cumplir con estas garantías.



Las desigualdades económicas entre los diferentes estratos sociales están relacionadas con la carencia de salud en la sociedad. En nuestro país existe una gran brecha en la distribución de la riqueza, una de las más importante sen Latinoamérica, el 10% más rico de Chile concentra el 47% de los ingresos nacionales⁸, mientras que el 20% más pobre recibe el 3,4%. Esta realidad requiere de un servicio público orientado hacia los sectores más postergados, particularmente, en el caso de la red asistencial, del fortalecimiento de la APS en las comunas más pobres.

4.5.-Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario

La propuesta de un nuevo modelo de atención, se realiza sobre el supuesto de que existe un modelo anterior, que está arraigado en los

equipos de salud, y que ha sido transmitido a través de generaciones. Este modelo es la expresión de un paradigma que conceptúa salud y enfermedad desde una perspectiva biomédica.

Para definir un nuevo modelo de atención, es necesario fundamentarlo en otro paradigma, que ofrezca una perspectiva más amplia y apropiada, para enfrentar los nuevos desafíos en salud. El paradigma biopsicosocial de la salud, ofrece una visión integral del fenómeno salud-enfermedad que, sin desconocer sus aspectos más biológicos, incorpora otras dimensiones, imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama epidemiológico que enfrenta la sociedad.

El Modelo de Salud Familiar surge como un buen medio para trasladar esta teoría de la salud, a un terreno más pragmático y operativo, identificando una serie de elementos que permiten construir un modelo de práctica, específico y reproducible. Lo familiar, representa la necesaria mirada del ambiente social que rodea a cada persona y que constituye un referente obligado para entender e intervenir sobre cualquier problema de salud. Sin embargo, no representa obligatoriamente la necesidad de enfocar la intervención en salud sobre la familia como tal.

A continuación, se describen los elementos más importantes que constituyen el Nuevo Modelo de Atención de Salud Familiar propuesto:

1. Un Modelo Centrado en la Persona: El modelo de atención en salud familiar se define a partir de su centro, que es la persona. El modelo tradicional, ha tendido a estrechar su foco: desde la persona como un todo, hacia sus componentes; y, especialmente, hacia sus enfermedades. Esta visión “especializada” ha facilitado la deshumanización de la relación.

Corresponde a este nuevo modelo, corregir esta desorientación, para volver a colocar a la persona en el centro de la atención, como objeto de la misma y sujeto responsable de su propio cuidado. Se considera a la persona en salud y enfermedad, en el entendido que ambos estados están en un equilibrio dinámico, sobre el cual se debe intervenir, en beneficio de la salud. Significa, además, considerar a la persona en toda su potencialidad y complejidad; con su biología, su psiquis, su cultura, sus valores y su entorno social y ambiental.

Además, con una historia y porvenir. Cualquier decisión sobre el cuidado de la salud, deberá considerar, en mayor o menor medida, estas dimensiones, irrepetibles, en cada una de las personas. Bajo esta visión, la familia adquiere un papel fundamental, pues constituye el ámbito de mayor influencia en la persona, a lo largo de toda su vida. La familia es la que le brinda cariño, seguridad, estabilidad, formación, cobijo, alimentación y otros elementos básicos para su desarrollo saludable. La carencia de uno o varios de estos elementos, puede ser factor causal o agravante de enfermedad. La familia, además, constituye el primer ámbito de cuidado de la salud. En su interior, se toman las decisiones más importantes para la salud y calidad de vida de sus componentes.

2.- Un Modelo de relación: El modelo de atención de salud, se define a partir de la relación establecida entre un profesional y una persona, en torno a un problema vinculado a su salud. El primero actúa como experto en un conjunto de conocimientos, destrezas y técnicas, que lo habilitan para intervenir en este ámbito; el segundo, como sujeto portador de problemas, o necesidades de salud, pudiendo ejercer un papel más o menos activo en esta relación.

El cambio en el modelo de atención, requiere, necesariamente, modificar en profundidad esta “relación asistencial”. Existen, por lo menos, dos aspectos de la misma, que deben ser replanteados: el que se refiere a la autoridad y el poder que se pone en juego, y el de las responsabilidades de cada uno de los actores.

3.-El poder y la autoridad: La relación tradicional entre el médico y su paciente, ha tendido a ser desigual y vertical. El médico representa la autoridad sobre un tema vital para el individuo; especialmente, si se encuentra enfermo. El paciente es quien viene a solicitar el auxilio del médico, en quien deposita su confianza. Las decisiones las toma el primero y las obedece el segundo.

En el nuevo modelo, esto cambia: los integrantes del equipo de salud, si bien tienen el dominio sobre una buena parte de los conocimientos y destrezas necesarias para la intervención, reconocen que carecen de otra, fundamental, al momento de decidir: la persona, sana o enferma, conoce mejor que nadie sus circunstancias personales, familiares y ambientales; así como posee valores y creencias; todos, factores cruciales a considerar en la intervención. De esta manera, sus capacidades se suman al servicio del mejor cuidado de la salud.

4.-La responsabilidad: En el modelo biomédico, el profesional, especialmente el médico, sobrelleva la mayor responsabilidad en el cuidado; quedando el paciente en una situación de sumisión y dependencia. En el nuevo modelo, las responsabilidades están compartidas (en el entendido que el cuidado de la salud es una función no delegable, pues, en definitiva, quien debe decidir qué hacer será, siempre, la persona y su familia). El profesional puede recomendar o indicar; pero no se puede hacer cargo de las decisiones cotidianas que determinan la calidad del cuidado. La responsabilidad del

profesional se enmarca en el mejor desempeño de su función; sin embargo, ésta no agota el cuidado o tratamiento.

En este nuevo contexto, cada persona y cada familia deberán incrementar sus capacidades de autocuidado, logrando, de esta manera, un mejor estado de salud. Entre las tareas del equipo de salud, está la de contribuir a este proceso, y avanzar hacia la apropiación del Modelo e identificación de los usuarios con él, para conducir a una relación de mayor autonomía y complemento entre los actores de esta relación asistencial.

5.-Orientación comunitaria y participación: El equipo de salud ve a cada paciente como parte de un grupo social, que comparte sus riesgos y potencialidades. De esta manera, la responsabilidad sobre el cuidado de la salud no se limita a las personas que tiene a su cargo, sino que se extiende a la o las comunidades a que pertenecen. La familia puede concebirse como la primera y más cercana comunidad de cada persona. Otras comunidades significativas pueden ser la escuela, el trabajo, el barrio, el club deportivo, la comuna.

Esta visión epidemiológica, o poblacional, si bien constituye una exigencia mayor, también otorga mayor eficacia en el enfrentamiento de aquellos problemas propios de las comunidades, como los riesgos ambientales, los laborales, las enfermedades contagiosas y otros, frente a los cuales el centro de salud suele ser limitado.

Las comunidades cuentan con recursos y perspectivas que enriquecen la capacidad de cuidado y promoción de la salud. Por este motivo, resulta indispensable, abrir espacios de participación comunitaria, que permitan complementar, en la forma más efectiva posible, las capacidades de los diferentes actores comprometidos con la salud de una localidad. Muchos de

los problemas más frecuentes y complejos de salud, sólo podrán ser enfrentados eficientemente, mediante la participación de la comunidad y el trabajo intersectorial.

Por otra parte, esta orientación comunitaria permite entender la atención de salud, desde dos perspectivas complementarias: la respuesta a la demanda de atención y la promoción de la salud de la población.

6.-Accesibilidad y demanda: En este modelo, donde la responsabilidad sobre el cuidado está compartida entre las personas, comunidades y equipo de salud, el problema de la demanda no debe ser entendido sólo desde la perspectiva del centro de salud. Es responsabilidad ineludible de este último responder adecuadamente a la demanda de atención, para esto, debe contar con la organización y recursos necesarios. Asimismo, es responsabilidad de las personas y comunidades, demandar, en forma adecuada, la atención de salud, teniendo presente que el primer ámbito de cuidado es la familia y que los recursos asistenciales siempre serán escasos ante una demanda incontrolada. Es necesario, entonces, incentivar y educar a las personas y familias, para hacer un adecuado uso del sistema de atención en salud y de los recursos de autocuidado que ellas poseen. En este sentido, la accesibilidad se define no sólo como respuesta a la demanda, sino como una característica relacionada con la resolutividad, oportunidad y costo-efectividad de la atención.

7.-La promoción de salud de la población: La responsabilidad del centro de salud no se agota con la respuesta a la demanda. La orientación comunitaria le obliga a tener una actitud proactiva, para el enfrentamiento de problemas de salud que, si bien no siempre son parte de la demanda, son importantes para la población⁶. Esto significará, probablemente, desarrollar

acciones de prevención y fomento, para las cuales el centro de salud, muchas veces, deberá sumar sus recursos y capacidades a los de otros actores sociales y sectoriales, preocupados por el bienestar de la población.

8.-Población a Cargo: Tradicionalmente, los equipos de salud locales han trabajado con el principio de población a cargo, lo que se traduce en que su trabajo está dirigido a una población específica, habitualmente ubicada en un territorio determinado. En el nuevo modelo, este principio se mantiene, aun cuando se acepta que la responsabilidad sobre el cuidado de la salud no es sólo del equipo de salud. El tamaño de esta población, debe permitir, al centro, responder a las necesidades de la comunidad en forma efectiva y con un nivel de calidad adecuado. Necesariamente, esto se traduce en que la participación es una condición básica para el modelo, y que, a través del trabajo en redes, se puede potenciar el impacto de las intervenciones en salud, al reunir los esfuerzos locales.

9.-Continuidad en el Cuidado de la Salud: La continuidad en el cuidado de la salud es uno de los elementos del Modelo que potencia el enfoque centrado en la persona y la orientación comunitaria. Se traduce en una relación estable y continua en el tiempo, de las personas y la comunidad con el equipo de salud.

La continuidad personal con los profesionales, específicamente en relación al médico de familia, ha demostrado tener diversos efectos positivos en salud:

- Favorece la satisfacción de la población y de los profesionales.
- Mejora el uso de los recursos; principalmente, a través de la disminución en los estudios solicitados (exámenes, interconsultas, etc.) y de los ingresos hospitalarios. Un estudio reciente sugiere que la continuidad de la atención

es una de las variables más importantes que afecta los costos totales de la atención primaria³⁸.

- Permite mejores resultados en salud: mayor adherencia a tratamientos y cuidados preventivos; menos ingresos hospitalarios; mayor “acierto” diagnóstico; disminución en “policonsulta”. Es, entonces, necesario incorporar al Modelo, el concepto de continuidad personal, con un equipo de salud y con cada uno de los profesionales de éste; constituyendo un “equipo” y “profesionales de cabecera”. Este elemento apunta, también, a facilitar la nueva relación entre el equipo de salud y las personas, asumiendo el tema de la responsabilidad mutua en este proceso. El equipo de salud, en este Modelo, también asume una responsabilidad en el cuidado a través de todo el ciclo vital de las personas; e, idealmente, también se extiende a la continuidad de la atención por los especialistas de referencia. En este punto, podemos destacar la importancia de una relación continua entre el médico de cabecera y los especialistas de referencia, para mejorar la eficiencia y los resultados de salud, ya mencionados anteriormente.

El sistema de registros, el traspaso de la información entre los distintos componentes de la red de atención y entre las redes locales, son elementos esenciales para llevar a la práctica la continuidad en el cuidado de la salud.

10.- Resolutividad y Efectividad: El modelo propuesto plantea la búsqueda proactiva de las mejores alternativas de intervención en el ámbito personal, familiar y comunitario, basadas en las mejores evidencias disponibles (cuidado de la salud basado en la evidencia), considerando el contexto de recursos. Desde el punto de vista asistencial, implica, entre otras cosas,

³⁸ Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Propuesta para un modelo de salud en Chile incorporándola Medicina Familiar.

mejorar la capacidad diagnóstica y de manejo de casos en la atención primaria, de acuerdo a la realidad local. Esto requiere el traspaso de la tecnología sanitaria necesaria y de la coordinación efectiva con los distintos ámbitos de atención de la red de salud.

La gestión orientada a resultados en salud, que reemplaza a aquella que se orienta a los procesos y a la producción de atenciones, es una de las estrategias necesarias para los conceptos de efectividad y resolutivez. El cuidado de la salud basado en la evidencia, ofrece una metodología que permite analizar las cifras, los hechos, las habilidades y los conocimientos en salud, para la toma de decisiones, desde la escala clínica individual, hasta la escala de las decisiones que afectan a toda una población. Esta perspectiva se complementa con los otros elementos del modelo, y es una herramienta más, para facilitar la toma de decisiones y para la focalización de los recursos en atención primaria.

La **efectividad** debe ser distinguida de la **resolutivez**, ambas, de fundamental importancia en el nuevo modelo. La primera se aplica en la perspectiva poblacional e incorpora criterios epidemiológicos en la definición de los problemas y la generación de soluciones “efectivas”; implica pasar de “ofrecer una prestación” a “ofrecer un resultado”. La segunda, se aplica en la perspectiva del paciente individual, y se relaciona con poner a su alcance las herramientas adecuadas para la solución de sus problemas de salud.

El ser “efectivo” implica ejecutar las intervenciones en salud que han demostrado esta propiedad, en cada uno de los ámbitos de acción de ella; esto es, en la promoción y prevención de la salud, curación y rehabilitación de la enfermedad. Además, constituye un concepto que debe ser aplicado al trabajo de cada uno de los miembros del equipo de salud, logrando, en cada

caso, la utilización de los recursos al máximo de sus capacidades y potencialidades.

Por otra parte, la efectividad no es una característica de un determinado centro de salud, sino de toda la red de atención, con los desafíos que ello conlleva. La red de salud se debe hacer **responsable** de la efectividad de sus intervenciones.

La inclusión de estos elementos, hace evidente la importancia de modificar los criterios de evaluación habitualmente usados, incorporando la evaluación “orientada a resultados”. La definición de los objetivos a alcanzar, determina, además, las necesidades de información; e ilumina la redefinición de los indicadores y procesos de recolección de información.

11.-Un Equipo de Salud especializado en atención primaria: El equipo de salud es el responsable principal de implementar el cambio propuesto por el Modelo; por lo tanto, debe reunir las condiciones que faciliten el enfoque descrito.

Cada equipo, que incluye profesionales y técnicos en el área de salud, es el responsable de la continuidad de la atención de las personas y de asegurar el acceso al centro de salud. Un equipo especializado en atención primaria, es un requisito básico para cumplir con estos objetivos; y, además, es clave para lograr la efectividad y resolutivez, y concretar la orientación a resultados, planteada en el Modelo.

Esto, también, requiere definir un “tamaño funcional” de la población a cargo de cada equipo y centro de salud, considerando la óptima relación médico/ habitante, enfermera/ habitante, etc.

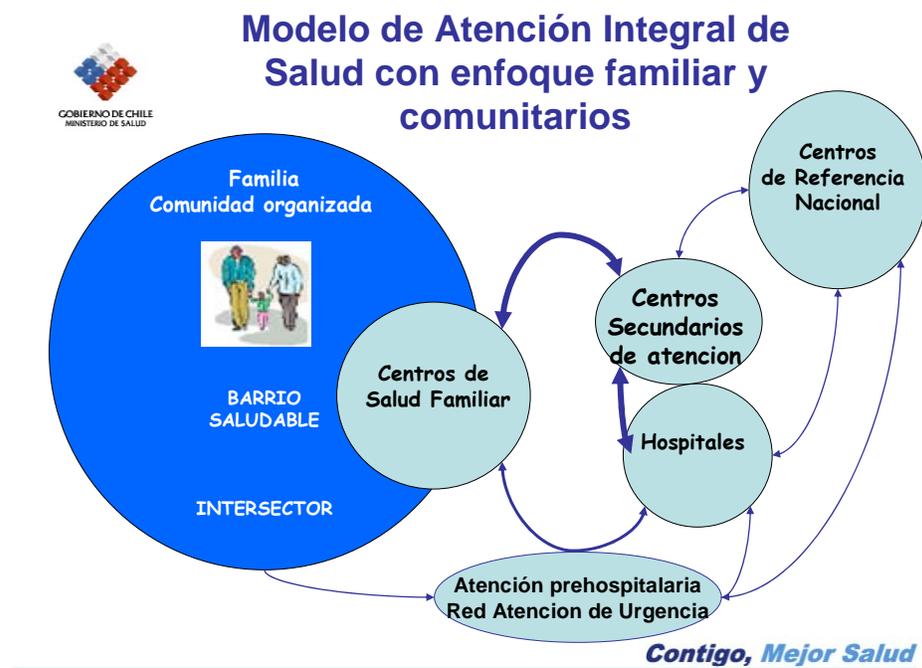
El trabajo en equipo se transforma en un elemento esencial para la gestión, facilitando el enfoque integral e interdisciplinario. La relación con las personas, familias y comunidad, se personaliza, favoreciendo la confianza necesaria para la participación y el trabajo en redes. Se crea una relación más directa entre las personas, la comunidad y su equipo de salud. Esto permite definir las intervenciones necesarias para la realidad local. Por otro lado, el desarrollo organizacional del centro, pasa, necesariamente, por la creación de equipos de trabajo efectivo, que cuenten con capacitación para enfrentar el cambio organizacional y para ser altamente resolutivos, de acuerdo con la propuesta del Modelo.

12.- Red de Atención: Hasta aquí, en la descripción de los componentes del Modelo de Salud Familiar, se ha hecho mención, especialmente, a características del centro de salud. Sin embargo, un elemento muy relevante en el logro de los objetivos del centro, es el trabajo en red con el resto del sistema de salud. Ya se ha mencionado la relevancia del trabajo en redes locales. Ahora, bien, el trabajo de la red sectorial, debe estar centrado en la solución de los problemas de salud de las personas, buscando alcanzar el máximo nivel de eficiencia y efectividad en esta tarea, distribuyendo los recursos de acuerdo al logro de este objetivo.

Se requiere, también, que los centros de salud desarrollen un rol más activo en la estructuración de esta red. Es decir, que se transformen en interlocutores válidos para el sistema hospitalario y de sub-especialidades médicas, demandando responsablemente los servicios, que éstos prestan, según las necesidades de su población a cargo y de acuerdo a criterios de costo-efectividad. A su vez, el sistema hospitalario y de sub-especialidades médicas, debería responder responsablemente a estos requerimientos, disponiendo, para ello, de los recursos necesarios y del apoyo tecnológico adecuado.

El desempeño de esta red, además, debería tener altos estándares de calidad, con permanente evaluación de sus resultados, tanto desde la perspectiva de sus distintos componentes, como de los propios usuarios.

12.-Flexibilidad/ Dinamismo: Esta característica del enfoque familiar, es lo que le permite adaptarse a las condiciones locales, reconociendo que distintas comunidades, familias, personas y equipos de salud, tienen distintas necesidades y capacidades para enfrentar el desafío de mejorar su situación de salud. Esto requiere de un monitoreo o vigilancia activa, de parte del equipo de salud, en virtud de definir los cambios necesarios para dar respuesta a las necesidades locales³⁹.



³⁹ CES A CESFAM (2006) Documento acerca de los pasos necesarios para traspasar de CES a CESFAM salud APS Familia. [consultado de fecha 11 de marzo de 2008] Disponible en: www.scribd.com/doc

CAPITULO II

CENTRO DE SALUD FAMILIAR LA BANDERA

5.1 -Antecedentes de los Centros de Salud Familiar (CESFAM).

El traspaso de los consultorios a las Municipalidades es sólo en su administración, se inicia a comienzos de los 80 con el DL 1-3063 del Ministerio del Interior, con esto se pretendió descentralizar la salud, lo que significó la redistribución del poder desde el Gobierno central a los Gobiernos regionales y locales con el fin de desarrollar espacios subnacionales para que estos enfrenten y resuelvan los aspectos de la vida cotidiana y las necesidades de la población.

A partir de 1990 el financiamiento de la atención primaria municipal se modifica desde la facturación por atenciones prestadas; por el sistema de capitación, que discrimina los municipios de acuerdo a sus condiciones de urbano o rural y el grado de dependencia del fondo común municipal (pobres -no pobres).

En 1995 se promulga la ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria Municipal que norma la administración, financiamiento y coordinación de los establecimientos de atención primaria, imparte instrucciones que abordan las relaciones laborales de los funcionarios de salud municipal.

En la década de los 90 se ha trabajado en un proceso de transformación y reforzamiento de este nivel. El objetivo es convertir a los consultorios en la base del nuevo modelo de atención en salud, más moderno, humanizado y centrado en la satisfacción del usuario.

En la actualidad nuestro país cuenta con 420 establecimientos de atención primaria que son los Consultorios Generales Urbanos y Rurales (CGR y CGU) el 90% de estos administrados por municipios. El CESFAM La Bandera cuenta en la actualidad con una capacidad instalada que es insuficiente para la demanda y las prestaciones realizadas, esta situación se hace mas critica durante el año 2005 debido a los cambios efectuados en el proceso de sectorización (CESFAM) y por el aumento de la población inscrita.

5.2.- Concepto

CESFAM es la abreviatura de Centro de Salud Familiar. Estos establecimientos son parecidos a un consultorio, pero su principal función no es sólo curar enfermedades, sino además intervenir en la población para que se mantenga sana. Según el artículo 63 del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud (que modifica la estructura de los servicios de salud DS N° 42) los Centros de Salud Familiar “son los establecimientos responsables del cuidado de la salud de las familias y de cada uno de sus integrantes, a través de acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación”. En su inciso segundo señala “Para ejecutar esas acciones debe contar con un equipo de salud familiar que estará formado por profesionales y técnicos, especialistas en Medicina Familiar, o estar capacitados formalmente en lo referido al enfoque familiar en salud”.

Los CESFAM se definen como “establecimientos dependientes de un consultorio insertos en el nivel local, con base comunitaria en su origen, diseño, implementación y funcionamiento, orientados a la atención máxima de 20 mil personas, en un territorio geográfico definido⁴⁰”.

⁴⁰ Gobierno de Chile: [consultado de fecha 23 de enero de 2008] Disponible en:www.minsal.cl

Por su cercanía con la comunidad y la definición conjunta de las acciones que allí se otorgarán, pretende resolver de manera más oportuna la demanda de necesidades de salud de la población a cargo.

5.3.- Sus componentes principales son:

1. La Sectorización: Es la subdivisión de un área, de acuerdo a ciertos criterios, para obtener unidades geodemográficas más pequeñas dentro la red asistencial, que presentan características semejantes esto facilita su conocimiento y una relación más personal entre el equipo de salud y la población que allí habita.

Esto implica un cambio radical en la estructura habitual de los equipos “por programas”. La definición de “sectores” debería considerar el tamaño poblacional, al igual que las variables culturales, sociales y económicas, para asegurar accesibilidad y equidad a la población. Idealmente, la inscripción en cada equipo que atiende un sector, debiera ser por grupo familiar, para mantener la perspectiva integral del modelo. La continuidad personal se debería asegurar con cada uno de los profesionales del equipo; esto es, “profesionales de cabecera”.

La identificación y relación entre el equipo y sus usuarios, se ve favorecida por la agrupación de éstos, respecto a un territorio geográfico definido. Sin embargo, este criterio no debería ser aplicado de manera rígida, dado que puede interferir con la libertad y satisfacción de los usuarios.

2. Equipo de Salud Multidisciplinario: Corresponde al equipo de salud en su conjunto que asume la responsabilidad de la oportunidad y calidad de las atenciones de las familias que atiende, así como del impacto en salud de éstas.

3. Población a Cargo: El equipo de salud, identificado en el punto anterior, asumirá la responsabilidad por el cuidado de la salud de un número definido de personas que le son asignadas, beneficiarias del sector público

4. Información al Usuario y Participación social: Las personas que sean beneficiarias del sistema reciben una comunicación a través de cartas personalizadas/ afiches / cartillas/ trípticos u otros medios de comunicación, de parte del Centro de Salud Familiar en donde se les informa la modalidad de atención y de quiénes asumen la co-responsabilidad por el cuidado de su salud.

El propósito es rediseñar los consultorios con el fin de adecuar la planta física a los nuevos requerimientos del modelo de salud familiar. La base es transformar los consultorios en centros de salud familiar (CESFAM).

Los equipos de cabecera en forma sectorizada atienden a la población tanto geográficamente como a las familias e individuos, mejorando la cobertura en los CESFAM.

El mayor desafío del proceso, lo enfrenta el centro de salud, que, para avanzar en un Modelo de esta naturaleza, requiere revisar profundamente cada uno de los aspectos de su organización y funcionamiento.

Los sistemas de evaluación del centro, deberían medir el logro de resultados, o bien, de procesos claramente relacionados con éstos. La definición de las metas y resultados esperados, en plazos determinados, debería ser realizada con participación de los receptores de los servicios, y de acuerdo con las metas propuestas por las autoridades sanitarias regionales y locales, pero adaptadas a las particulares condiciones del centro.

Es necesario avanzar en la definición de estándares, para los resultados esperados de la operación del centro, en términos de:

- Resolutividad clínica: capacidad diagnóstica, tratamiento de casos, flujo de información y resolución de casos por la red, práctica del cuidado de salud basado en evidencias, etc.
- Efectividad poblacional: definición y medición de indicadores de daño y factores de riesgo adecuados a la realidad local, cambio en el perfil de estos indicadores, medición de indicadores complejos de situación de salud, etc.
- Eficiencia en el uso de los recursos: definición y monitoreo de costo-efectividad de las prestaciones, etc.
- Satisfacción usuaria: oportunidad de la atención, accesibilidad, tiempos de espera, resolución de problemas, percepción de calidad, etc.

5. Sistema de información

Se requiere un sistema de información ágil y moderno, que permita monitorizar y evaluar en forma permanente la evolución del centro de salud y el logro de sus resultados. Este sistema será clave para una gestión

informada y eficiente, sin la cual se dificulta esta orientación a resultados y la continuidad de atención, al interior de la red.

6. Tamaño del centro

Para poner en práctica los principios y procesos propuestos en este Modelo, un centro de salud debería atender a una población no mayor de 20.000 personas. Esta proporción permite establecer, y mantener, la relación entre usuario y servicio, en los ámbitos personal, familiar y comunitario, así como una gestión eficiente, desde el punto de vista organizacional.

7. Descentralización

La necesidad de descentralización de la gestión, deriva de la importancia de responder, eficientemente, a los problemas locales. El centro de salud debería tender a un nivel de autonomía, que le permitiera ofrecer respuestas oportunas y eficientes a los problemas detectados y priorizados, localmente. Esto no significa un cambio en la estructura del sistema, en relación con la dependencia administrativa de los centros de los departamentos de salud y corporaciones municipales. Más bien, se traduce en la capacidad de gestión y toma de decisiones local, en aspectos como definición y priorización de problemas; administración de recursos financieros (centros de resultados); administración de recursos humanos, gestión clínica y otros.

8. Gestión participativa

La descentralización debería extenderse, también, hacia el interior del centro; traspasando niveles variables de autonomía, a los equipos de salud. Ellos, al ser los conocedores más profundos de la realidad de sus usuarios,

deben tener un rol protagónico en la definición de los problemas, la selección de las alternativas de intervención, la asignación de sus recursos y en la evaluación de sus procesos y resultados.

9. Liderazgo

Para avanzar en la implementación de este Modelo, se requiere de un equipo directivo para el centro, altamente capacitado y con las características de liderazgo, que le permitan convocar y conducir un proceso de cambio de esta magnitud. Para ello, es fundamental contar con especialistas en atención primaria, con disposición a permanecer en el sistema, que tengan orientación y motivación por el cambio, así como experiencia en procesos de desarrollo de esta naturaleza. Su importancia es tal, que puede significar el gran impulso, o el obstáculo, para la implementación del Modelo; por lo que, al momento de elegir el equipo directivo de un centro en esta línea de desarrollo, sus características deben ser cuidadosamente evaluadas.

10. Generación de incentivos

La evaluación orientada a resultados, la descentralización de las decisiones y el liderazgo, representan desafíos para los equipos de salud que, para ser desarrollados adecuadamente, requieren de una clara política de incentivos. Estos permiten estimular el logro de objetivos específicos y deberían ser motores para el cambio, en el ámbito de los equipos.

11. Infraestructura

La infraestructura es la imagen más concreta del centro que tienen los usuarios. Esta debiera, entonces, representar las características del modelo que se está proponiendo. El diseño debe estar centrado en los usuarios,

considerando sus expectativas y necesidades; y, además, permitir la realización de las actividades de salud que el equipo planifique, para la atención de las necesidades de sus usuarios. El diseño de la infraestructura, tiene, también, un impacto directo en la satisfacción usuaria; y, por lo tanto, influye en la calidad de la atención que otorga el centro. Estos aspectos son especialmente importantes a la hora de diseñar nuevos centros de salud. Su discusión ha sido incorporada en las normas de construcción de estos establecimientos, por el Ministerio de Salud⁴¹.

5.4.- CESFAM La Bandera: Antecedentes.

La Comuna de San Ramón, fue creada mediante D.F.L.Nº13.260 del 17 de marzo de 1981. La Ilustre Municipalidad de San Ramón, comienza su existencia efectiva el 22 de Noviembre de 1984, en Cabildo Abierto presidido por S.E. el Sr. Presidente de la República. La atención a público se inicia el 2 de Diciembre de 1984 en la calle Alvear Nº6543, para trasladarse en 1986 al actual Edificio Consistorial, ubicado en Av. Ossa Nº1771.

En la Comuna de San Ramón, se encuentra la histórica población “La Bandera”, que nace en 1968, a partir de grandes tomas de terrenos que progresivamente se van asentando en el sector. Una particular característica de esta comunidad, es su amplia capacidad de organización poblacional que le da un especial valor histórico, será aquí en donde se asentará el consultorio en cuestión, bajo las características particulares de su población

⁴¹ MINSAL. División de inversiones y desarrollo de la red asistencial. Departamento de normas: Guía de diseño y planificación de los Centros de Salud. [consultado de fecha 6 de abril de 2008] Disponible en www.minsal.cl.

La primera toma en la población La Bandera, fue la denominada “Toma del 26 de Enero”, surgió de los pobladores sin casa por su necesidad de obtener una vivienda digna, esta toma la organizaron personas que no encontraban oportunidades, personas de procedencia sureña y parejas que no tenían una situación estable. Estas personas vivían en forma precaria, una vida deplorable, ya que carecían de servicios básicos, especialmente en la parte salud. La influencia política, especialmente del MIR partido político de la época, se hizo presente desde sus comienzos, quienes trataron de dar una conducción al conjunto de los pobladores de Santiago. Como ejemplo, la realización del Congreso de pobladores “sin casa”, contó con la presencia de siete delegados de otros siete campamentos, de 32 comités sin casa. El apoyo que recibieron en gran parte fue de partidos políticos y organizaciones izquierdistas, el resultado de este congreso fue la afirmación de la lucha armada para la obtención de las casas.

5.5.-Breve Reseña de la organización de la salud en La Bandera

Los antecedentes de la atención en salud en La Bandera se remontan a los primeros años del Campamento 26 de Enero, donde había un policlínico que era atendido por un practicante (poblador) y apoyado por equipos médicos conformados por militantes del MIR⁴².

El Consultorio La Bandera, acarrea en sí todo el peso de una de las poblaciones más emblemáticas de Santiago. Su historia es la génesis de uno de los bastiones de lucha más importantes en la época de la represión militar. Por ello, este CESFAM es especial. Es uno de los más antiguos del

⁴² La toma 26 de enero [consultado de fecha 15 de marzo de 2008] Disponible en:www.memoriamir.cl

Servicio de Salud Sur-Oriente y tiene a cargo parte importante del sur de la comuna.

Este consultorio actualmente cuenta con un (Servicio de Atención Primaria de Urgencias) SAPU, el cual, producto de una alta demanda dio paso a la construcción de un Servicio de Urgencia Comunal (SUC) el cual posee un mayor grado de complejidad y resolutivez y cuyo objetivo esta orientado a descongestionar la urgencia de los hospitales de referencia (Hospitales Sótero del Río y Hospital Padre Hurtado).

Desde el año 2004, el antiguo consultorio La Bandera, comenzó su proceso de acreditación como CESFAM “La Bandera”. Este centro responde las necesidades de una población humana, con una clara identidad social y de pertenencia. Y, podemos agregar uno de los lugares en los que todas las instituciones comunales ejercen una directa y fuerte influencia en la vida comunitaria. Por ello, todo cuanto apunte a mejorar o perfeccionar su accionar es de directa incidencia en la comunidad de la población La Bandera.

La visión del CESFAM, es crear un centro de salud que entregue atención a la comunidad de alta calidad técnica y profesional, digna y humanizada, con el fin de anticiparse al daño, motivando la participación del usuario y la comunidad a que asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud”.

Según lo establecen sus propias bases su misión es “entregar a nuestros usuarios atenciones en salud con enfoque biopsicosocial, implementando el modelo de salud familiar, contribuyendo a mejorar la

calidad de vida de las personas, las familias y la comunidad, con un entorno más saludable independiente de su condición económica, social y cultural⁴³”.

5.6.-Lineamientos de acción:

Lineamientos sostenidos por el departamento de salud de la Comuna de San Ramón para lo periodos 2008-2010

- Orientación a resultados, con énfasis en la resolutiveidad,
- Efectividad y gestión clínica.
- Sistemas de información eficientes.
- Descentralización.
- Gestión participativa.
- Liderazgo.
- Generación de incentivos
- Trabajo en equipo y red (intersectorialidad).
- Capacitación continua.
- Satisfacción de usuario interno y externo.
- Participación comunitaria.
- Optimización de recursos físicos, humanos y financieros.
- Investigación y docencia.
- Coordinación que garantice plazos de patologías, Auges detectadas.
- Construcción de un nuevo centro de salud familiar en sector sur de la comuna y proyecto de reposición del CES San Ramón⁴⁴.

⁴³ ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SAN RAMON (2004) “Cesfam La Bandera”. Serie de documentos municipales.

⁴⁴ *Ibíd.*

5.7.-Organización del la salud municipal.

El Departamento de Salud, depende administrativamente de la Dirección de Desarrollo Comunitario de la I. Municipalidad de San Ramón, tiene bajo su administración, dos Consultorios Generales Urbanos o actualmente llamados Centros de Salud (CES), el CES San Ramón y el CES La Bandera, además de dos Centros de Salud Mental (COSAM) y un Módulo Dental funcionando en la Escuela Nanihue de la población La Bandera; anexo al CES San Ramón, se encuentra el Centro Comunitario Modelo, donde se atienden beneficiarios de tres Unidades Vecinales.

En cuanto a los programas médicos; en el año 2005 se trabaja con los siguientes programas:

- De la mujer
- Del niño y del adolescente
- Del adulto
- De salud buco-dental
- De salud mental
- De capacitación
- Plan de promoción de la salud.⁴⁵
- Además se incorporan los compromisos de gestión, las metas sanitarias y las GES todo esto con el mismo presupuesto que antes.

5.8.-La planificación estratégica

El desarrollo local es esencial para lograr que las acciones en salud y de otros actores locales no parezcan desarticuladas. La comunidad no sólo

⁴⁵ *Ibíd.*

necesita que se desarrolle la organización de salud, sino que ésta es sólo una parte del desarrollo completo de la comunidad. La planificación estratégica permite integrar los objetivos en salud dentro de un todo y llevar a cabo acciones sinérgicas con los demás sectores de la localidad y de la comunidad, para lograr un desarrollo conjunto⁴⁶.

A pesar de los esfuerzos, el CESFAM la Bandera cuenta con una capacidad instalada que es insuficiente para la demanda y las prestaciones realizadas, esta situación será más crítica durante los próximos años, debido a los cambios efectuados por el proceso de Sectorización y por el aumento de la población inscrita (aprox. 90.000 usuarios inscritos, sólo en el CESFAM La Bandera). Al comparar la disponibilidad de R.R.H.H vemos un déficit, siendo los sectores marginados los más afectados. Pues la población asignada sobrepasa la posibilidad real de atención eficiente.

Respecto a los mejoramientos para los funcionarios de salud, se cree que aun se está muy lejos de satisfacer las aspiraciones del sector como para lograr un mayor compromiso con la comunidad.

La cronicidad de los bajos sueldos, la falta de perfeccionamiento y capacitación, las limitaciones en la organización, seguirán dificultando un enfoque de población y trabajo con los funcionarios.

5.9.-La contradicción entre la línea técnica y la línea administrativa.

El traspaso del nivel Primario de Atención a la administración por parte de los Municipios, ha provocado un deterioro de la Salud pública, pues se advierte

⁴⁶ ILUSTRE MUNICIPALIDAD DE SAN RAMON, DEPARTAMENTO DE SALUD. (2004) “ Planificación de la salud comunal” Santiago: Serie de documentos.

una reducción del rol responsable y solidario del Estado en el tema de Salud, en ello podemos advertir los siguientes factores.

- La doble línea de dirección: La línea técnica, objetivos, planes y supervisión, y por otro la municipalidad, los CEDECOS y los departamentos de salud comunal del sistema de salud chileno, asumiendo en San Ramón características de no-complementariedad y opciones distintas, marcadas por el cálculo económico.
- El financiamiento de la salud comunal ha sido deficitario debido a esta doble línea. El sistema de obtención de recursos por atención prestado ha obligado a una acción asistencial, con casi inexistentes recursos para educación, trabajo en la comunidad, acciones sobre el medio ambiente o programas específicos para jóvenes y ancianos.
- Es sabido que esta doble línea no obliga a la municipalidad a usar los aportes ministeriales en los ítems recomendados, prestándose la salud no solo para cálculos financieros sino que también para cálculos políticos-coyunturales.

Actualmente este es un punto central; o se vuelve a un sistema único de salud con mayor responsabilidad estatal en la salud de la población, que accede en un 80 % al sector público, o se profundiza la dependencia municipal esperando que la eficacia de los órganos comunales de decisión y proposición puedan superar una situación de salud que resta cada día menos vidas a cada poblador de San Ramón.

Para asumir un proceso integrador de la atención de salud se requiere un esfuerzo colectivo durante el tiempo necesario para que se genere un cambio cultural y estructural.

Las políticas de salud deben llevarse a cabo a través de los funcionarios del sector. En este sentido, es importante observar los procesos de participación, también desde el punto de vista de la interacción entre los actores involucrados en un determinado espacio o territorio, es decir la comunidad. De este modo, en la medida que las políticas de salud deben operar descentralizadamente, el rol de los equipos locales pasa a ser crucial. Ello es particularmente relevante porque la interacción entre los funcionarios y sus usuarios, o con la comunidad en general, no es un encuentro entre actores con igual posición social. Es una interacción asimétrica, donde los agentes públicos tienen poder y la población no; mas aún, ella depende de la acción publica para satisfacer sus necesidades de salud.

El equipo de salud se puede observar como un sistema relacional, puesto que en él se desarrolla un grupo humano estable, que a través del tiempo ha adquirido una serie de características que lo hacen único. Este equipo esta compuesto por un grupo profesional, técnico y humano que tiene a su cargo numerosas responsabilidades, entre ellas la detección de necesidades y cuidados individuales, familiares y comunitarios, así como la identificación de los recursos con los que la propia institución cuenta para satisfacer las necesidades de la población que atiende, y la planificación, ejecución y evaluación de los cuidados prestados.

5.10.-Situación socio demográfica de la comuna.

Cuadro N°1

Dotación de salud 2006 CENTRO DE SALUD LA BANDERA

Categoría	Nº de Funcionarios	Dotación (hrs. Sem)	Dotación Adicional (hrs. Sem.)	Total (hrs. Sem.)
<i>Médicos</i>	8	55	286	341
<i>Odontólogos</i>	8	99	209	308
<i>Matronas</i>	4	44	132	176
<i>Enfermeras</i>	4	165	11	176
<i>Kinesiólogos</i>	2	0	66	66
<i>Nutricionistas</i>	3	88	44	132
<i>Asistente social</i>	3	77	44	121
<i>Auxiliares paramédicos</i>	30	902	264	1166
<i>Auxiliares de farmacia</i>	1	44	0	44
<i>Asistente dental</i>	10	264	121	385
<i>Administrativos</i>	32	968	300	1268
<i>Chóferes</i>	8	176	160	336
<i>Auxiliares de ambulancia</i>	7	176	120	296
<i>Auxiliares</i>	21	308	486	794
<i>Otros auxiliares</i>	9	156	168	324
<i>Rondines</i>	5	0	200	200
Total	155	3522	2611	6133

Cuadro N° 2
Usuarios Del CESFAM La Bandera

Categoría ocupacional de la fuerza laboral de la Comuna

<u>Rama De Actividad</u>	<i>Nº de Ocupados</i>
<i>Industria Manufacturera</i>	<i>6.156</i>
<i>Construcción</i>	<i>3.522</i>
<i>Comercio, mantenimiento, reparación de Vehículos</i>	<i>8.001</i>
<i>Hoteles</i>	<i>1.004</i>
<i>Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones</i>	<i>2.464</i>
<i>Actividades Inmobiliarias, Empresariales y de Alquiler</i>	<i>3.254</i>
<i>Administración Publica, Defensa, INP, Caja Previsión</i>	<i>966</i>
<i>Enseñanza</i>	<i>1.337</i>
<i>Actividades de Servicios de Salud FONASA e ISAPRE</i>	<i>3.603</i>
<i>Otras Actividades</i>	<i>2.737</i>

Fuente: INE 2002

La mayoría de los Jefes de Hogar son hombres, pero se produce una disminución desde un 78 % a un 65 % de la fuerza laboral masculina, y un aumento de las mujeres Jefas de Hogar de un 21 % a un 35 % en los últimos años.

La tasa de desocupación aumenta de un 12,4% a un 13,2%, mientras que en la región metropolitana es de un 9,8%; Históricamente la desocupación de la comuna ha sido superior a la región.

Respecto al tipo de empleo y en las comunas en que trabajan, se distribuyen de la siguiente manera:

Cuadro N° 3

Empleo

EMPLEO COMUNAL	%
<i>Trabajador asalariado</i>	70,8%
<i>Trabajador cuenta propia</i>	17,1%
<i>Servicio domestico</i>	7,5%
<i>Empleador</i>	4,6%

Cuadro N° 4

COMUNA EN QUE TRABAJA	%
<i>Santiago</i>	13%
<i>San ramón</i>	18,6%
<i>La cisterna</i>	6,6%
<i>Las condes</i>	5%
<i>Providencia</i>	5%

Se puede advertir que solo el 18,6 % de la fuerza laboral trabaja en San Ramón, lo que significa que la gran mayoría debe salir de la comuna a trabajar, esto se traduce en problemas de inasistencia a los controles de salud, bajas coberturas y poca adhesividad a los programas de salud.

Comparando datos de la encuesta Casen 1998 - 2000, la pobreza aumenta de un 25,3 % a un 37,2 %, lo que es ostensiblemente mayor al promedio de la Región Metropolitana, que es de un 19 %, situación que nos ubica como una de las Comunas más pobres de la Región.

Cuadro N° 5

Situación de pobreza

<i>Indigente</i>	<i>8,2%</i>	<i>ingreso mensual</i>	<i>\$30.882.-</i>
<i>Pobre No Indigente</i>	<i>29,0%</i>	<i>ingreso mensual</i>	<i>\$137.072.-</i>
<i>No pobre</i>	<i>62,8%</i>	<i>ingreso mensual</i>	<i>\$382.784.-</i>

Fuente: Casen

La población de indigentes aumentó de un 3,6 % a un 8,2 %, y la de pobres de un 21,7 % a un 29,0 %, disminuyendo así el porcentaje de población no pobre, de un 74,7 % a un 62,8% de los habitantes de nuestra comuna.

Sistema Previsional de Salud

El 82,7 % de la población se atiende en el Sistema Público, en el año 1998 era de un 65%, y las personas afiliadas a Isapres, bajan de un 19 % a un 8 %.

Factor Vivienda

En relación a la vivienda existen 21.566 en la Comuna, casi todas ocupadas, cuya condición de tenencia es propia en un 72,7%. Prácticamente en un 100% poseen cobertura de servicios sanitarios. Las familias allegadas se aproximan al 23%, lo que acarrea patologías propias del hacinamiento.

El analfabetismo disminuye de un 3,7% a un 2,28% en la Comuna, lo que es inferior a la Región Metropolitana (2,73%).

La Comuna de San Ramón, cuenta con 13 establecimientos educacionales municipalizados, cuya matrícula alcanza un 25,3% del total de la población de la Comuna entre 0 y 19 años (que es de 31.385 personas).

Cuadro N° 6
Características Educativas

NIVEL EDUCACIONAL	N° PERSONAS
<i>Nunca asistió</i>	1,993
<i>Pre-básica</i>	4,161
<i>Especial/diferencial</i>	512
<i>Básica/primaria</i>	36,145
<i>Media común</i>	20,141
<i>Humanidades</i>	3,876
<i>Media comercial</i>	6,182
<i>Media industrial</i>	4,725
<i>Media agrícola</i>	63
<i>Media marítima</i>	16
<i>Normal</i>	161

<i>Técnica femenina</i>	<i>1,701</i>
<i>Centro de formación técnica</i>	<i>1,695</i>
<i>Instituto profesional</i>	<i>2,174</i>
<i>Universitaria</i>	<i>3,678</i>

Considerando que la comuna tiene una de las más altas concentraciones de habitantes por Km², y por todas las características antes descritas de ocupación, pobreza, y educación, sumado a focos de delincuencia importantes, consumo y distribución de drogas, se traduce en un bajo índice de expectativas para el individuo en desarrollo, y en una población altamente vulnerable ya que poseen importantes factores condicionantes de riesgo para la salud.

CAPÍTULO III

FUNCIONARIOS DE LA SALUD MUNICIPAL: REALIDAD DEL CESFAM LA BANDERA

6.1.-Generalidades

Los profesionales que trabajan en la atención primaria son un grupo heterogéneo. Según el artículo 5° de la ley 19.378 que establece el estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, se consideran funcionarios de salud municipal:

- a) Médicos Cirujanos, Farmacéuticos, Químico - Farmacéuticos, Bioquímicos y Cirujano - Dentistas.
- b) Otros profesionales.
- c) Técnicos de nivel superior.
- d) Técnicos de Salud.
- e) Administrativos de Salud.
- f) Auxiliares de servicios de Salud.

El citado cuerpo legal establece una serie de restricciones y particularidades, las que no contribuyen a una adecuada gestión de los recursos humanos. Por ejemplo, el sistema remuneracional de Atención Primaria se basa en el sueldo base mínimo nacional, más un porcentaje de aumento por la experiencia y la capacitación que logra alcanzar cada funcionario, lo que los encasilla en un nivel de la carrera funcionaria, con un sueldo asignado. No existen incentivos económicos basados en un índice de productividad individual.

En la actualidad, no hay cifras oficiales sobre la cantidad y tipo de profesionales que trabajan en este sector. En el caso del CESFAM La Bandera laboran en dicha institución 138 personas.

6.2.- Brevísimas síntesis del conflicto de la salud municipalizada.

En 1981 se inicia el proceso de traspaso de consultorios dependientes de los Servicios de Salud, a las municipalidades. El personal es contratado bajo la normativa Código del Trabajo perdiendo la calidad de funcionarios públicos y por ende, derechos adquiridos, tales como Carrera Funcionaria y Estabilidad Laboral, entre otros.

Posteriormente, entre 1984 y 1986, dadas las pésimas condiciones laborales bajo el nuevo empleador municipal (alcaldes), se forman los primeros sindicatos de trabajadores de consultorios en las regiones Metropolitana, V y VIII, sobretodo.

Luego, entre los años 1987 y 1988, la confluencia de dirigentes de sindicatos de consultorios municipalizados en dependencias del Ministerio de Salud para reclamar por las deterioradas condiciones laborales bajo el régimen del Código del Trabajo, va creando el marco propicio para el surgimiento del primer referente orgánico: la Coordinadora Nacional de Trabajadores de Atención Primaria de Salud Municipalizada.

Consecuentemente, en 1991 se lleva a cabo el I Congreso en Valparaíso, siendo la principal demanda de entonces, el retorno de los consultorios a la dependencia administrativa de los Servicios de Salud. Por otra parte, en 1992.- se realiza el II Congreso en Talca, asumiendo ya en ese evento la imposibilidad de lograr el retorno a la antigua dependencia, optando por un estatuto administrativo propio del sector, en el cual se recogieran las

principales aspiraciones del personal de la salud municipalizada, es decir, Estabilidad Laboral y Carrera Funcionaria.

En julio de 1993, se realiza un gran paro nacional del sector, con una convocatoria superior al 90%, lo que permitió suscribir un acuerdo con el Gobierno en torno al futuro Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipalizada.

En Noviembre de 1994 el Congreso aprueba el Estatuto de APS Municipal, después de que la coordinadora -mediante la gran movilización de miles de trabajadores a Valparaíso.- lograra parar las pretensiones de la oposición y de algunos alcaldes de anular el estatuto eliminando su artículo 1º (el del ámbito de aplicación)

En Junio de 1995 entra en plena vigencia la nueva normativa legal para el personal de los consultorios municipalizados, postas y estaciones médicas rurales, generando un tremendo impacto positivo en lo económico y social, sobre todo para quienes llevaban años de servicio en la salud pública.

A contar del año 2000, en el marco del proceso de la Reforma Sanitaria propuesta por el actual Gobierno, la CONFUSAM (Confederación de funcionarios de la salud municipalizada) se integra a la discusión sobre los contenidos de dicha reforma, haciéndose parte de la movilización nacional de la salud en contra de la marcada tendencia privatizadora que pretendían imponer algunos actores políticos y económicos, tanto de la derecha, como del propio Gobierno. Como actor del CONGRES (Consejo Nacional de los Gremios de la Salud), CONFUSAM participó en todas las movilizaciones en defensa de la Salud Pública.

Esta reforma se inició formalmente en el Gobierno de Don Ricardo Lagos con la elaboración y la tramitación de al menos tres leyes emblemáticas del proceso:

1. Ley Sobre Autoridad Sanitaria. N° 19.937
2. Ley AUGE, del régimen de garantías explícitas N° 19.966
3. Ley de ISAPRES (En dos instancias y modificaciones complementarias) N ° 19.895 y N° 20.015, respectivamente.

6.3. Elementos de conflicto en los funcionarios de la salud.

Uno de los problemas que enfrenta el CESFAM La Bandera, es la rotación constante de personal médico, lo que se contradice con los fines del CESFAM. ¿Cómo se va a lograr una coordinación eficiente entre la población usuaria del CESFAM y el médico, si éste cambia constantemente?

Sólo en la última década se ha observado un flujo importante de médicos extranjeros (ecuatorianos, uruguayos y cubanos). En general, los médicos chilenos no se interesan en trabajar en la atención primaria, con excepción de los recién egresados que buscan alcanzar un puntaje para poder ser aceptados en las becas de especialidad. Los médicos chilenos que buscan permanecer en atención primaria son cada vez menos, aunque se está observando un incipiente grupo de profesionales médicos con fuerte vocación de servicio público que ha decidido especializarse en Medicina Familiar.

6.4.-De la Carrera Funcionaria

Según el artículo N° 18 del Reglamento de la Carrera Funcionaria del personal regido por el Estatuto de Atención Primaria de la Salud Municipal (Decreto 1899 de 1995) “se entiende por carrera funcionaria el conjunto de disposiciones y principios que regulan la promoción, mantención y desarrollo de cada funcionario en su respectiva categoría.

Ella 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 Reglamento y la Ley N° 19.378”.

Del artículo 19 del citado cuerpo legal, se desprende que los elementos constitutivos de la carrera funcionaria son:

- a) 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.
- b) Capacitación: el perfeccionamiento técnico profesional del funcionario a través de cursos o estadías programados y aprobados.
- c) Mérito: la evaluación positiva que el desempeño del funcionario haga la comisión de calificación comunal.

Uno de los problemas que enfrentan los funcionarios de la salud es que si bien el artículo 31 de la ley 19.378 consagra la igualdad de oportunidades. En el artículo siguiente, surge la primera traba, para ingresar a la carrera funcionaria se requiere un contrato indefinido, previo concurso público de antecedentes, cuyas bases serán aprobadas por el Concejo Municipal y será convocado por el Alcalde respectivo. (Art. 32. ley 19.378). La mayor parte del personal del CESFAM La Bandera se rige por contratos a plazo fijo, o contrataciones anuales, lo cual provoca un clima de constante inestabilidad laboral e influye directamente en los incentivos y el desempeño de las funciones.

6.5.- El problema de la capacitación

El 9 de julio de 2005 el Ministerio de Salud publicó una resolución cuyo objetivo era reglamentar programas de capacitación y perfeccionamiento de funcionarios que se desempeñan en Atención Primaria de Salud, específicamente a todos aquellos trabajadores contemplados en el artículo 5° de la ley 19.378.

Según el Artículo séptimo, los postulantes deberán satisfacer requisitos como: haberse desempeñado al menos dos años en sus funciones, contar con el patrocinio del respectivo empleador, entendiéndose por tal su formal e irrevocable compromiso de: i) mantener el cargo y la remuneración al becado durante todo el período que dure el perfeccionamiento; ii) arbitrar las medidas ordenadas a mantener el debido nivel de atención a los usuarios durante su ausencia; no haber participado en cursos o pasantías que hayan: i) sido financiados con fondos fiscales; ii) versado acerca de materias atinentes a la Atención Primaria o la Salud

Familiar; y iii) tenido un nivel a lo menos equivalente al de aquellos ofrecidos por el Programa regulado por este Reglamento.⁴⁷

Una de las exigencias para acreditar una eficiente carrera funcionaria es el de la capacitación, pero éste es un problema que no siempre es manejado de manera óptima en los CESFAM. Así lo expresó la Contraloría General de la República en un dictamen del año 2006, según éste “se ha comprobado que ciertos departamentos de salud municipal han asignado un determinado puntaje a certificaciones de cursos de capacitación que no cumplen con las exigencias previstas en el decreto N° 1889/95 salud, conforme a una interpretación de lo indicado en su propio reglamento interno municipal, al que le corresponde solamente suplir los eventuales vacíos que pudieren existir en el decreto supremo antes indicado, pero no interpretar éste más allá de lo que se hubiere indicado expresamente en su normas. Asimismo, se han presentado situaciones en que la autoridad edilicia no ha reconocido cursos de capacitación por no haberse registrado la documentación que lo certifique dentro de un determinado plazo, siendo que la ley no ha fijado término para acreditar dichas actividades ante la entidad administradora de salud correspondiente⁴⁸.”

Una de las contradicciones resulta a la hora de reconocer las capacitaciones, así el Senador García en intervención en el Senado señaló: “Hay que reconocer los cursos de capacitación. Si permanentemente se dice a los funcionarios que para mejorar la atención de los pacientes, para mejorar la atención oportuna de salud, deben capacitarse, parece razonable que los cursos pertinentes sean reconocidos con una renta más elevada y,

⁴⁷ Resolución N° 68.- Santiago, 11 de mayo de 2005. Ministerio de Salud REGLAMENTA PROGRAMA DE CAPACITACION Y PERFECCIONAMIENTO DE FUNCIONARIOS QUE SE DESEMPEÑAN EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD Publicada en el Diario Oficial de 09 de julio de 2005.

⁴⁸ Dictamen N° 19 958 de la Contraloría General de la República de fecha 02 de mayo de 2006.

también, que se den facilidades de tiempo para llevar a cabo las tareas de capacitación, a fin de que los funcionarios no tengan que desarrollarlas en su período de descanso, que -como ya señalé- muchas veces es bastante breve debido a que durante él son llamados a completar turnos⁴⁹.

6.6. Las iniciativas legales que perfeccionan la labor del funcionario de salud municipalizada.

Ley 20250 MODIFICA LAS LEYES N° 19.378 Y 20.157 Y CONCEDE OTROS BENEFICIOS AL PERSONAL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Con fecha 6 de Febrero de 2008 se publica en el Diario Oficial de la República el texto íntegro de la nueva norma legal que otorga más beneficios al personal de la APS municipal. Ley N° 20.250 de 2008.

Entre los beneficios a destacar se encuentra el del Incentivo al Retiro que otorga 21.5 meses de remuneraciones promedio a quienes opten por retirarse cumpliendo los requisitos fijados por la ley. Se obliga a las Entidades Administradoras a incorporar al Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal (Ley 19.378) a funcionarios que realicen directa y personalmente actividades en salud pero regidos por una norma legal distinta al estatuto mencionado. Se entrega el Bono de Zonas Extremas a todo el personal que se desempeña en salud municipal en las regiones I, II, XII y XV, además de las provincias de Chiloé y Palena, personal que además tendrá derecho a cinco días de Feriado Legal Adicional. A lo anterior se agrega el pago de un bono por cumplimiento de la meta de vacunación fijada por el MINSAL y ya cumplida por el 100% a nivel nacional, por un monto

⁴⁹ OFICIO Sesión 37ª, en martes 1 de agosto de 2006 .PROBLEMAS DE TRABAJADORES DE HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO. Intervención del Senador García.

ascendente a \$ 130.000, pagaderos en dos cuotas de \$ 50.000 (30 días después de publicada la ley) y de \$ 80.000 en Marzo 2008.

Estas nuevas conquistas de la CONFUSAM se vieron complementadas el pasado 30 de Enero con la noticia de que a partir del presente año y todos los años, el día 6 de Septiembre será celebrado el Día de la Atención Primaria.

6.7.- Necesidades del Funcionario de salud en el marco del nuevo Modelo de Atención

6.7.1.-Especialización

El equipo debería estar conformado por personas pertenecientes a distintas disciplinas, que sean especializadas; es decir, con formación específica en el área de la atención primaria. Esto es especialmente importante, en relación con los profesionales. En este sentido, es necesario que el centro cuente con médicos especialistas en medicina familiar, en cantidad o proporción adecuada (al menos uno en cada equipo), para aumentar la resolutivez y eficiencia de los equipos de salud. Asimismo, es recomendable la existencia de especialización de los otros miembros que los conforman (enfermera, matrona, nutricionista, asistente social, odontólogos, técnicos en enfermería, entre otros).

6.7.2.-Trabajo en equipo

El equipo de salud debería ser claramente identificable por sus usuarios. Para ello, es necesario que exista un espacio físico definido para cada equipo.

La composición de los equipos de salud deberá definirse en el nivel local, de acuerdo con las necesidades, prioridades y objetivos de salud. Para desarrollar equipos de trabajo efectivos, se requiere capacitación y puesta en práctica de una serie de técnicas específicas, que faciliten el desarrollo y mantención de éstos. Se requiere, también, de tiempo para su entrenamiento permanente. El trabajo en esta área en particular, no debe descuidarse pues constituye una importante forma de mantener la motivación y rendimiento de los equipos.

Debe existir una relación “funcional” entre el tamaño del equipo y la población atendida, el tamaño del grupo de usuarios que se debería relacionar con cada equipo, es variable. Dependerá de las condiciones del centro, del espacio disponible y de las personas que componen el equipo. En un centro que atienda 20.000 personas, deberían existir entre 3 y 4 equipos de salud.

Cada equipo debería contar con un médico por cada 2.000 habitantes⁵⁰. Esta cifra se basa en una tasa de consulta anual de 3 por habitante, y un rendimiento en la atención de 4 consultas por hora; destinando además, un 20% de la jornada laboral, a actividades de gestión clínica, trabajo en equipo y otras labores de atención, no contempladas en la consulta (visitas domiciliarias, trabajo comunitario, etc.). La relación entre número de usuarios y otros miembros del equipo debería, también, ser mejorada, en relación con los estándares actuales. Su cuantificación, sin embargo, debe ser materia de definición de cada centro, de acuerdo con sus prioridades y estrategias de

⁵⁰ La cuantificación de la proporción médico /usuario se realizó a través del siguiente cálculo:1 jornada médico = 240 días x 8,3 horas = 1992 horas/ año - vacaciones y capacitación (1 mes) =1826 horas = 7304 consultas (rendimiento 4/hora) - 20% horas de gestión clínica = 5843 consultas, si tasa de 3 cons /año = 1947 usuarios por jornada médico.

intervención, considerando las características de sus profesionales y resto del personal.

6.7.3.-Formación permanente.

El equipo, además de contar con especialización en temas de atención primaria, debería tener acceso a instancias de formación, que le permitan mantenerse actualizado en temas relacionados con su desempeño (tanto en lo clínico como en lo organizacional). Este aspecto tiene, además, una fuerte incidencia en la motivación y calidad del trabajo.

6.7.4.-Satisfacción laboral.

Los miembros del equipo de salud, son los protagonistas en el cambio de la atención primaria. Es fundamental, entonces, que tomen conciencia de ello, se entusiasmen y tengan las condiciones laborales para ejercitar los cambios en un clima adecuado. Es especialmente necesario que existan espacios para compartir las experiencias, reforzarse mutuamente y exigirse complementariedad.

La satisfacción laboral es una condición esencial para lograr la estabilidad de los profesionales y técnicos, que tienen a cargo una comunidad. La continuidad de la atención depende, en parte, de ello.

La satisfacción laboral debe fundarse en un profundo compromiso con la misión a realizar, y con condiciones laborales justas y estimulantes, las que podrán ir mejorando en el tiempo, a medida que se va ganando en financiamiento y experiencia.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Técnicas de investigación

La investigación cualitativa, utiliza métodos y técnicas de investigación generalmente aceptados:

- 1.- Encuesta.**
- 2.- Focus Group.**
- 3.- Observación no participante.**

La Muestra.

Para que los datos obtenidos en la investigación sean confiables, es necesario determinar rangos distintivos de la muestra. A esto se le denomina coherencia estructural. En esta investigación tiene relación principalmente con los funcionarios del CESFAM La Bandera.

Descripción de la muestra

Las participantes en esta investigación, fueron mujeres y hombres, con trayectoria laboral de a lo menos cuatro años, en el centro de salud La Bandera durante el periodo previo y posterior en que se pasó de Consultorio a Cefam.

Los rangos de edades son fluctuantes entre los 25 y 65 años de edad. En un 100%. Se trató de personal técnico- administrativo y, por último que se desempeñan en servicios de trato directo con el público.

Criterios de selección de la muestra.

- ❖ Rango de edad de entre 25 a 65 años.
- ❖ Experiencia laboral por sobre los 4 años.
- ❖ Con trato directo con la población receptiva de los servicios.

Plan de análisis.

- 1) Los participantes, fueron elegidos en los distintos servicios del CESFAM La Bandera, por cumplir con los criterios antes descritos, fueron informados previamente de la investigación, donde se les indicó los objetivos de ésta, explicando la finalidad, y los temas a tratar, para así obtener su consentimiento a priori. La encuesta se les aplicó en horarios de trabajo y fueron contestadas en forma voluntaria por quienes quisieron participar. En cuanto a las sesiones del Focus Group, tuvieron una duración de 90 minutos y se trataron tópicos descritos a continuación, todos relativos a la calidad del trabajo y la entrega del mismo a los usuarios del CESFAM La Bandera.

- 2) Luego de este consentimiento de quienes cumpliendo las características antes descritas, quisieron participar voluntariamente, se les explicó además que iban a ser partícipes de un grupo de discusión o Focus Group, donde tendrían que hablar acerca de cómo es su trabajo. Al pedirles hablar acerca de cómo es su trabajo, se trataron los temas de satisfacción, motivación, y auto imagen en su lugar de trabajo, entre otros.

- 3) Las moderadoras fueron las autoras de la presente investigación. Luego de recogida la información se hizo el análisis de los discursos, en todos los niveles de la información, para así lograr tener las conclusiones y resultados correspondientes.
- 4) Se agruparon los datos según los criterios descritos.

Variables consideradas.

- ❖ **Funcionario del sector público, CESFAM la Bandera,** El presente estudio se realizó con personal profesional, técnico administrativo, y auxiliares para intentar descubrir la percepción del cambio organizacional que les ha afectado directamente en su trabajo, producto de la puesta en marcha del modelo CESFAM de Atención Primaria.
- ❖ **Edad.** se refiere al rango cronológico en el cual la persona se ubica. En este estudio se tomaran cuenta el número de años cumplidos por el profesional. Los rangos considerados son los siguientes entre 25 y 65 años de edad.

I. Resultados de la Encuesta:

Ellos ven, en la APS del pasado: equipos de salud básicos, menor presupuesto, problemas de accesibilidad, baja tecnología, baja capacitación, mala carrera funcionaria, menor énfasis en la gestión, altos tiempos de espera, pacientes citados sin priorización de demanda, menos centros de APS, mayor población a cargo, menor resolutivead, falta de énfasis en

promoción de la Salud y población más pasiva. En la APS del presente, no ven mayores avances ni cambios sustanciales.

Del universo de los trabajadores que se desempeñan en el CESFAM La Bandera, la muestra tomó a 21 funcionarios de distintas áreas y distintas funciones dentro del centro, a fin de considerar una masa principalmente heterogénea del CESFAM y así abordar la mayor parte de problemas y ventajas de dicho servicio de salud. Las preguntas entregadas a los participantes de la muestra fueron las siguientes:

Preguntas de la Encuesta:

1. ¿Cuál es la dificultad más importante que identifica dentro de su área laboral?

2. ¿Qué soluciones propone para enfrentar los problemas para desempeñar su trabajo?

3. ¿Qué nota le pondría a los siguientes factores laborales?
 - Dependencias propias de los funcionarios (casino, casilleros, lugar de esparcimiento, camarines)
 - Boxes u oficinas donde desarrolla su trabajo.
 - Relación con sus superiores jerárquicos.
 - Relación con los compañeros de equipo.
 - Nuevo sistema de atención sectorizada.
 - Desempeño de los funcionarios.
 - Administración de los recursos.
 - Capacitaciones realizadas.
 - Canales de información.
 - Clima laboral.

4. Con respecto a los temas tratados en esta encuesta. ¿Qué observación propondría que no haya sido abarcado en este cuestionario?

Resultados de la encuesta.

1. En lo relativo a si identifica problemas laborales; el 80,95% reconoce que los hay.

2. Frente a la pregunta que se les solicitaba que priorizaran los problemas más importantes en el desempeño de sus funciones, el orden jerárquico fue:

- Infraestructura: pequeñas y obsoletas para los requerimientos. “El espacio no es confortable”.
- Construcción del establecimiento precaria y deteriorada. “Ocurren las mismas goteras todos los inviernos, reparan el lugar y queda igual.
- Mala distribución de los espacios. “No se usan bien los recursos y se distribuyen desordenadamente los baños, unidades de tratamientos, etc.
- No existen espacios propios para los funcionarios, no hay duchas, cocina ni camarines.

3. Las soluciones más mencionadas por los encuestados, se transcriben en el orden jerárquico que arrojó la misma.

a.-Construcción de baños y duchas.

b.- Mayor capacitación laboral.

- c.- Creación de un diario mural informativo que sea un medio de comunicación, unidad y de sentido de pertenencia a los trabajadores del CESFAM La Bandera.
- d.- Entrega de talleres para los funcionarios, que permitan mejorar las relaciones interpersonales.
- e.- Fomento de instancias recreativas.
- f.- Entrega de incentivos monetarios, para hacer más estimulante el trabajo.
- h.-Contratar guardias, para dar mayor seguridad en el trabajo.
- i.-Mejorar el entorno, a través del embellecimiento del establecimiento.
- j.- Realización de reuniones de equipo para organizar el trabajo.

4. Una de las observaciones más interesantes de la encuesta es que en el ítem de las notas que se le asignaba a un concepto, más del 50% de los funcionarios le puso nota sobre 6 al nuevo sistema de sectorización, lo que evidencia las ganas de mejorar continuamente las condiciones laborales.

5. En el último ítem resultó interesante evidenciar que los encuestados, perciben en su gran mayoría, resistencia por parte de los usuarios a la implementación del nuevo modelo. El usuario tiene internalizada y arraigada la idea del consultorio, se resisten a adaptarse a la sectorización en la entrega del servicio, lo que provoca reclamos y un clima de relación funcionario-usuario conflictivo.

II. El Focus Group.

Para realizar el diagnóstico de la situación actual, se utilizan diferentes fuentes de información, destacando entre ellas los Informantes Claves del municipio. Se consideran informantes clave las personas que, por su trabajo o conocimiento sobre el municipio, puedan aportar información relevante para el diagnóstico, como por ejemplo los profesionales involucrados en la puesta en marcha de las acciones de desarrollo del modelo CESFAM.

En primer lugar, las investigadoras, realizaron encuestas a un número de funcionarios del CESFAM La Bandera. Una vez realizadas las entrevistas, se convocó un Focus Group, con el fin de contrastar y complementar la información obtenida a través de esas mismas entrevistas y de otras fuentes de información consideradas. El focus group se realizó el día 7 de noviembre de 2007, con un total de ocho personas.

Las moderadoras presentaron a los participantes, escenarios o problemas, y uno o más observadores toman notas de la discusión e interacción resultante. Si se emplean preguntas, éstas tienden más a ser herramientas para guiar la discusión, buscar mayor detalle, o fomentar la exploración de tópicos relacionados.

Se les presentó el objetivo del Focus. El tema se denominó “Las implicancias del nuevo modelo de salud familiar, desde la perspectiva de los funcionarios del CESFAM La Bandera”.

1. Estructura del Focus Group realizado en el marco del CESFAM La Bandera.

1. Introducción

Presentación del Proyecto, definición de objetivos de la sesión de trabajo y descripción de la metodología.

2. Análisis de la realidad en el funcionamiento del CESFAM La Bandera.

Se exponen algunos aspectos básicos sobre la realidad socioeconómica del municipio utilizando como base la información obtenida a través de otras actividades del proyecto (Entrevistas a Informantes Clave y la Recopilación de datos estadísticos). La información expuesta se toma como punto de partida para realizar un análisis más exhaustivo de los temas considerados más relevantes.

3. Información Básica

Como herramientas para guiar la discusión y generar debate se utilizaron los resultados de la encuesta previamente hechas a 21 funcionarios del CESFAM La Bandera.

4. Principales Elementos De Reflexión

Tras la exposición y debate de los documentos anteriormente presentados, se generó un debate sobre los temas expuestos y a través de una tormenta de ideas se completó la relación de aspectos que actualmente o en el futuro pueden tener un impacto relevante en la aplicación del nuevo modelo de salud familiar. Luego, se llevó a cabo una priorización de los temas que surgieron mediante un reparto de votos. Los temas comentados se agruparon y aparecen por orden de importancia a continuación:

1. infraestructura.
2. Remuneración.
3. Capacitación.
4. Dotación de personal.
5. Clima organizacional.
6. Estabilidad laboral.
7. Relación funcionarios-usuarios.

1) Infraestructura:

La situación laboral actual de los funcionarios del CESFAM La Bandera podría definirse de la siguiente manera:

1. Falta de identidad con las funciones que desempeña.
2. Inseguridad en los procedimientos, técnicas y procesos de trabajo.
3. Riesgo para la seguridad e integridad del usuario.
4. Insatisfacción del usuario por la atención que presta este funcionario.
5. Deshumanización en la atención del usuario y su familia.
6. Mala utilización y deterioro de los equipos de trabajo.

2) Remuneraciones:

Las remuneraciones, son un factor de insatisfacción laboral constante, que no permite desarrollar e internalizar en los funcionarios los conceptos de carrera funcionaria y estabilidad laboral, ello atenta primeramente contra la seguridad el empleo, y por ende contra el incentivo que esta materia, podría

significar en el trabajador de la salud, así se atenta principalmente contra la entrega del servicio.

3) Capacitación

Las necesidades de capacitación detectadas tienen fundamento en los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes en las siguientes áreas:

Que cada CESFAM, defina las funciones y responsabilidades según criterio de las jefaturas y unidades, lo que permite la asignación de responsabilidades laborales asumidas de manera transversal, es decir, que exista un trabajo coordinado que permita que un trabajador, asuma en caso de emergencia las funciones de otro, en caso de urgencia.

La atención primaria está haciéndose cargo, y en forma creciente, de problemas más complejos. Para ello se requiere, por una parte, incrementar fuertemente el número y tipo de becas de especialización para egresados de las distintas profesiones de la salud para contar en un plazo breve con un número crítico de especialistas en esta área, y por otra parte, poner incentivos monetarios suficientes para la retención de estos en el sistema público

3) Dotación de personal

La dotación de personal, presenta en este centro de salud, los problemas comunes a la mayoría de los centros de atención primaria. Falta de personal especializado, y sectorización excesiva de las funciones. Todo lo cual contribuye a una gestión deficiente.

5) Clima organizacional.

Como ya se mencionó en párrafos anteriores, toda organización tiene implícito un clima organizacional, bajo el cual se desarrollan las actividades diarias de trabajo. Por lo tanto, debemos mencionar que este clima organizacional, en el caso del CESFAM La Bandera, es susceptible de resumirse en los siguientes lineamientos.

6) Estabilidad laboral.

Es de urgencia, resolver la inestabilidad y precariedad del empleo en el CESFAM La Bandera. Ello, es el pilar de todos los puntos desarrollados previamente en el Focus Group.

En la medida de que existan contrataciones bajo la modalidad actual (boleta/ honorarios, 60 % aprox.)) las personas que laboran en este lugar, no tendrán buena percepción del trabajo y menos motivaciones para conservar su empleo, en debido al alto porcentaje de personal a contrata u honorarios, a través del envío de leyes que permitan tener plantas que efectivamente respondan a las necesidades y requerimientos de las instituciones.

7) Relación funcionarios-usuarios.

El actual modelo de salud, impone una relación funcionario-usuario, que debe ir más allá de la mera entrega de información o de las tareas encomendadas dentro de sus funciones.

Del focus Group, se puede desprender que los trabajadores, no tienen mala percepción de sus funciones, pero puede evidenciarse, que no se toma como un desafío personal el mejoramiento de la relación funcionario-usuario.

Recomendaciones generales.

En cuanto a la programación de la administración de un CESFAM, se debe realizar una buena programación y planificación de las actividades, definiendo flujogramas de derivación, así como la preparación de los funcionarios, para reemplazar y ser capaces en caso de necesidad, de asumir funciones de otros funcionarios, en periodos de crisis, alta demanda de público o ausencia de personal, por razones variadas.

- Además, es recomendable crear guías o protocolos de consejería para casos típicos o problemas recurrentes, tomando los resguardos necesarios en consideración de las particularidades de la población.
- Generar las medidas necesarias para que los equipos tengan la continuidad suficiente para desarrollar su trabajo en forma constante y sistemática. En este mismo ámbito, es importante velar porque las coyunturas específicas de la atención primaria, como planes de invierno, u otros no quiten prioridad al trabajo de los equipos de salud familiar.
- Necesidad de realizar adecuadamente los registros de las intervenciones, teniendo en claro que toda actividad que no cuenta con registros no es considerada al momento de realizar los análisis de las actividades implementadas con la familia.
- Realizar las intervenciones en equipo o al menos en dupla de manera de complementarse y poder realizar las correcciones necesarias en las acciones implementadas.

Recomendaciones específicas:

Incentivo desde las formas de administración:

- Aumentar el per cápita, ligado a recursos disponibles para compra de servicios. La estructura de financiamiento de la atención primaria no incentiva el mejoramiento en calidad ni la mayor resolutivez requeridos por el sistema de salud. Una forma creativa de enfrentar este desafío es entregarles mayores recursos a los municipios para que incrementen su capacidad resolutivez en ciertas patologías o áreas. La idea es que los profesionales tengan un incentivo a “quedarse con los pacientes” en ese nivel, y que puedan comprar servicios a especialistas o de laboratorio según su necesidad. Para ello, se debiera crear un mecanismo similar a Chile-compra que permita acceder a servicios de calidad estandarizada, al menor precio posible.

Aumentar la incorporación de tecnología

- Ficha electrónica. La incorporación de la ficha clínica en formato electrónico es una tendencia mundial, ya que mejora los sistemas de registro y monitoreo de los problemas de salud, mejora la gestión clínica y permite la toma de decisiones con mejor nivel de información. Muchos programas de mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, y de énfasis en lo preventivo-promocional se basan en un sistema informatizado: alertas automáticas de citación de pacientes, control de errores en prescripción de medicamentos, centros de llamados, cumplimiento de protocolos o guías clínicas, etc.
- Sistemas electrónicos de referencia y contrarreferencia. El éxito de los sistemas modernos de salud depende en gran medida de lo que hacen los

actores en los distintos niveles y de su comunicación e interrelación. Un elemento clave de estos sistemas lo constituyen los procesos de referencia (cuando un paciente es derivado a un especialista, o para un examen) y de contrarreferencia (cuando se “devuelve” a la atención primaria, con un resultado u opinión). Muchas interconsultas se pierden o desaprovechan por mala gestión de estos procesos, lo que sería fácilmente corregible con la integración de sistemas informatizados para este fin.

Romper el status quo laboral

- Incentivos económicos a mejores funcionarios, centros de salud y comunas. El régimen contractual imperante en la atención primaria establece tímidos incentivos para aquellos que logran un mejor desempeño en sus funciones. Un requerimiento esencial para entrar en un círculo virtuoso de mayor calidad es traspasar los beneficios logrados a los mejores funcionarios, centros de salud y municipios a través de una estructura de incentivos atractiva.

Incentivos económicos por estado de salud de la población a cargo.

El incentivo asociado al pago per-cápita no es suficiente para promover acciones tendientes a elevar el estado de salud de esa población. Para este fin, se deben crear incentivos monetarios vinculados con la entrega de servicios preventivos a nivel individual, y acciones públicas de fomento de la salud, y con incremento de los niveles de salud de esa población a cargo.

7. Aumentar recursos en prevención de enfermedades y promoción de la salud

- Reorganizar servicios actualmente disponibles según evidencia de costo-efectividad. El número y variedad de servicios de salud entregados en el nivel

primario deben ser revisados con criterios de costo-efectividad, de manera de optimizar el impacto sanitario en la población atendida al menor costo posible. Ello implica reordenar los servicios curativos o el manejo de pacientes crónicos para, por ejemplo, reformular el calendario de control del niño sano y de embarazo, incorporando prestaciones altamente efectivas y de bajo costo.

- Coordinar esfuerzos intersectoriales. La promoción de la salud no es una tarea exclusiva de los profesionales de la salud. La acción (u omisión) de distintos sectores, como educación, vivienda, CONACE, etc., impactan directamente en el nivel de salud de la población. Por lo tanto, aparece como evidente la necesidad de coordinar esos esfuerzos para aumentar el impacto en la población.

- Incrementar recursos para fomento y protección de la salud disponibles para organizaciones locales, escuelas/liceos, clubes deportivos, etc. Las organizaciones locales no son sólo las que mejor conocen los problemas de salud de la población, sino también quienes pueden idear soluciones más acordes a su realidad. Por eso, cualquier esfuerzo para fomentar la salud debe estar desarrollado y fuertemente enraizado en la misma comunidad que se pretende impactar. Una forma de hacer esto viable es ofrecer fondos concursables para que estas organizaciones se interesen en desarrollar tales actividades.

¿Cómo llevar a cabo el cambio del CESFAM La Bandera?

Para el sicólogo social Edgard Shein, especialista en cambios organizacionales, el cambio debe ser administrado y describe cinco modelos que interpretan el cambio en las organizaciones⁵¹

- El cambio como proceso evolutivo: el que se produce en las organizaciones sin que nadie haga nada, en forma espontánea y natural, como parte del proceso evolutivo natural de los sistemas sociales.
- El cambio como proceso de aprendizaje y adaptación: al entorno exterior: se da con mucha fuerza en las organizaciones del sistema privado, que están en un mundo muy competitivo, donde todas las reglas del juego, en cuanto a publicidad, *marketing*, precio, estrategias de venta, etc., cambian permanentemente; pero sin duda que a todas las personas les ha tocado vivir un cambio de este tipo. Se produce por la capacidad de aprender que tienen los individuos, los grupos y las organizaciones.
- El cambio como proceso terapéutico: la organización reconoce que está en un problema y que necesita de un apoyo externo, un terapeuta o consultor, muy común hoy día en organizaciones públicas y privadas, que actúa como facilitador, ayudando a diagnosticar el proceso que se está viviendo y a planificar estratégicamente las acciones a seguir, incluyendo el desarrollo y evaluación de indicadores.
- El cambio como proceso gestionado: se da en manos de un dirigente, jefe o gerente que tiene claridad absoluta sobre lo que se debe hacer y plantea un plan de trabajo completo para llevar a cabo el proceso de

⁵¹ SCHEIN, Edgar. (2000). Fundamentos de Administración y Dirección de Empresas. Buenos Aires: MacGraw-Hill.

cambio. Depende de las cualidades políticas y del poder del dirigente para influir en las personas a su cargo.

- El cambio como proceso revolucionario: no se da nada de lo descrito antes, sino que las bases generan un proceso de revolución en el que el estado A se transforma en el estado B; aquí el poder es la variable clave del cambio: las personas emergen tomando el control y conduciendo el cambio.

Jhonn P. Kottern fue el primero que, en la década del 60, dijo al mundo que dirigir no es lo mismo que liderar y desarrolló, a partir de eso, toda una temática de trabajo en función de cómo se dirige y cómo se lidera. En una publicación muy reciente, este autor describe los ocho errores que, según su visión, llevan al fracaso a los intentos de transformación o de cambio ⁵²

- Error N° 1: No establecer la verdadera importancia del sentido de lo urgente. En un proceso de transformación y cambio se debe explicar a todos los trabajadores, lo antes posible, porqué es importante realizar el proceso en forma urgente.
- Error N° 2: No crear una coalición de dirección suficientemente poderosa. Quien desee liderar grandes procesos de transformación debe crear una coalición directiva suficientemente poderosa que lo apoye y respalde.
- Error N° 3: Carencia de una visión. Quien no tiene visión no sabe para dónde va; es fundamental tener una visión clara.
- Error N° 4: Nivel de comunicación de la visión *10 veces inferior* a lo necesario. Es necesario que exista una visión, pero es fundamental que los dirigentes tengan capacidad para comunicar esa visión en

⁵² KOTTERN Jhonn P. 2006. dirigir no es lo mismo que liderar: Harvard Business Review

forma *10 veces más intensa* de lo real, para que se instale de verdad en la mente de los trabajadores.

- Error N° 5: No eliminar los obstáculos para la nueva visión. Esto significa que hay que asegurarse de que el camino esté limpio: si es necesario, se debe modificar parte de la estructura organizacional, modificar algunas funciones o crear algunos cargos; lo importante es eliminar todos los elementos que opongan resistencia al cambio.
- Error N° 6: No contar con un buen plan para obtener resultados a corto plazo. Es cierto que las transformaciones se logran a mediano y largo plazo, pero siempre subsisten personas que presentan resistencia y otras que están esperando alguna señal de éxito para sumarse al proceso. Pensando en ellos, Kotter sugiere mostrar algún éxito entre el primer y segundo año.
- Error N° 7: Cantar victoria demasiado pronto. Según Kotter, para arraigar un cambio en la cultura organizacional se requiere entre cinco y diez años.
- Error N° 8: No arraigar los cambios en la cultura de la organización.

El experto en administración Larry Greiner⁵³, habla de varias posibles estrategias de cambio. El enfoque para administrar el proceso de cambio puede ser un *enfoque unilateral*, en el cual todo viene dado desde la gerencia, se planea desde arriba, desde la cumbre estratégica: se impone y ejecuta desde los niveles directivos. Otra posibilidad es el *enfoque compartido*, en donde los mandos medios y los colaboradores participan de la definición de los problemas, o sea, hay un planeamiento común tanto de los problemas como de las soluciones; todos pueden aportar a esa solución y

⁵³ GREINER, Larry. (1990). Poder y desarrollo organizacional : la movilización del poder para implantar el cambio. Wilmington: Addison-Wesley. Iberoamericana. Págs 37 y ss.

las decisiones son compartidas. Finalmente está el *enfoque delegado*, en donde los mandos superiores buscan a los pioneros e innovadores de cambio, los preparan y les delegan las responsabilidades para implementar el proceso. El enfoque correcto dependerá del contexto que se viva en cada organización y es importante saber elegirlo.

La resistencia al cambio depende del contexto que se esté viviendo y del punto de vista desde el cual se observe este contexto. Hay razones biológicas, razones personales y razones sociales para resistirse al cambio y es natural presentar esta resistencia, tanto por seguridad y defensa personal, como porque cada sistema tiene una capacidad limitada de asimilar el cambio. Por ejemplo, si al sistema organizacional más básico, la célula, se le cambia el entorno, por ejemplo el líquido intracelular o el órgano donde vive y donde tiene sistemas enzimáticos y canales precisos y delimitados para recibir sus sustratos, lo más lógico es que esa célula reaccione contra el cambio, desde una perspectiva de seguridad y defensa celular. Por otra parte, la capacidad de asimilar el cambio depende, en el caso de las células, de su ADN, de su capacidad adaptativa y de su grado de interconexión; los sistemas aislados perecen más rápidamente que los sistemas más interconectados o más asociados en red. En este aspecto, la experiencia es clave: los sistemas que han vivido este proceso están más preparados para enfrentar otro similar.

Las personas tienen razones para presentar resistencia al cambio, entre ellas: necesitan velar por intereses propios, sobre todo cuando tienen temor a perder poder, recursos, prestigio, contactos; otra razón son los errores de interpretación y pérdida de confianza en las organizaciones, donde los directivos no tienen claro lo que está pasando; también se resisten cuando tienen apreciaciones diferentes, lo que es válido desde el punto de vista de la gestión, siempre y cuando no la coarte; finalmente, es

natural en algunas personas tener baja tolerancia al cambio. Maturana y Varela, en 1984, planteaban que “*tendemos a vivir en un mundo de certidumbre, donde nuestras convicciones prueban que las cosas son de la forma en que las vemos y lo que nos parece cierto no tiene otra alternativa; es nuestra condición cotidiana cultural, nuestro modo corriente de ser humanos*). Esto significa que estamos acostumbrados a trabajar siempre en el mismo contexto, porque eso nos da seguridad y certidumbre y que el ser humano, en primera instancia, rechaza los procesos de cambio (Maturana, H, y Varela, F, 1984. *El árbol del conocimiento*).

DIAGNOSTICO FODA

El análisis FODA es una de las herramientas esenciales que provee de los insumos necesarios al proceso de planeación estratégica, proporcionando la información necesaria para la implantación de acciones y medidas correctivas y la generación de nuevos o mejores proyectos de mejoramiento de la gestión del personal que se desempeña en el CESFAM La Bandera.

En el proceso de análisis de las: fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas, Análisis FODA, se consideran los factores económicos, políticos, sociales y culturales que representan las influencias del ámbito externo del CESFAM La Bandera, que inciden sobre su quehacer interno, ya que potencialmente pueden favorecer o poner en riesgo el cumplimiento de la Misión institucional. La previsión de esas oportunidades y amenazas posibilita la construcción de escenarios anticipados que permitan reorientar el rumbo.

Las fortalezas y debilidades corresponden al ámbito interno de la institución, y dentro del proceso de planeación estratégica, se debe realizar el análisis de cuáles son esas fortalezas con las que cuenta y cuáles las debilidades que obstaculizan el cumplimiento de sus objetivos estratégicos.

Entre algunas características de este tipo de análisis se encuentra las siguientes ventajas:

- Facilitan el análisis del quehacer institucional que por atribución debe cumplir el CESFAM en apego a su marco jurídico y a los compromisos establecidos en las políticas públicas.

- Facilitan la realización de un diagnóstico para la construcción de estrategias que permitan reorientar el rumbo institucional, al identificar la posición actual y la capacidad de respuesta de nuestra institución.
- Permiten identificar la congruencia entre la asignación del gasto público y su quehacer institucional.

De esta forma, el proceso de planeación estratégica se considera funcional cuando las debilidades se ven disminuidas, las fortalezas son incrementadas, el impacto de las amenazas es considerado y atendido puntualmente, y el aprovechamiento de las oportunidades es capitalizado en el alcance del objetivo, la Misión y Visión del CESFAM La Bandera.

La estrategia fundamental en este aspecto es la capacitación teórico-práctica continua y permanente de los equipos de salud familiar, de acuerdo a la etapa de desarrollo en que se encuentre la implementación del modelo en el CESFAM y el nivel de cambio del equipo.

DIAGNÓSTICO FODA

FORTALEZAS	OPORTUNIDADES	DEBILIDADES	AMENAZAS
<p>Trayectoria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remodelación de construcción antigua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Espacios pequeños en los box (Ej: Of. sigges), poca ventilación. • Edificio original deteriorado con el paso del tiempo (ejemplo: casino, casilleros, baños funcionarios, etc.). • Falta de seguridad • Falta de calefacción. • Filtraciones en días de lluvias. • Falta de casilleros • Mala distribución de los espacios • Comedor de funcionarios cumple funciones adicionales de auditorium, sala de reuniones, etc. • Carencia de boxes de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mala ubicación, poco acogedor tanto para pacientes como para funcionarios. • Casino segmentado, selectivo. • Baños públicos antiguos y en malas condiciones. • No hay duchas.
		<ul style="list-style-type: none"> • No se reemplaza el trabajo de las personas con licencias medicas por nuevas contrataciones, sino que se traspasa el trabajo a los que quedan en la misma unidad lo que conlleva a un agotamiento en el tiempo de quien se quedo con la pega demás. • Falta de insumos • Recurso humano ineficiente en la unidad de aseo ya que mas de la mitad de las trabajadoras esta con licencia • No se cumplen las metas • Los uniformes son de mala calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de equipamiento y mantención de pupinel, lavadora, calefones, estufas para todos, equipos dentales, etc. • Lentitud en la compra de insumos y equipos. • Se percibe al municipio como uno de los más pobres, entonces se siente que justifican los bajos sueldos. • No ha incentivos. • Los funcionarios a honorarios reciben

		<ul style="list-style-type: none"> • Demasiadas personas trabajando en un espacio tan pequeño, por pocas horas, esto lleva a recibir un salario precario. 	<p>sus pagos atrasados por ende la estabilidad laboral se ve cuestionada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependencia del cumplimiento de metas, compromisos de gestión, etc., para un incentivo económico.
	<ul style="list-style-type: none"> • El nuevo modelo de atención integral propone fomentar el autocuidado por ende educación y prevención. • Acceso a fondos concursables de promoción de la salud y salud con la gente. • Existencia de programas de monitores de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca capacitación y además selectiva, poco eficaz y no refleja las necesidades de los funcionarios ni del servicio. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se puede optar a mejoras salariales, ya que al no tener capacitaciones, no suben sus puntos en las calificaciones y por ende no ascienden al escalafón que sigue.
		<ul style="list-style-type: none"> • No hay asambleas para la toma de decisión (no existen instancias participativas). • El trabajo en equipo se ve afectado por una mala organización, descoordinación y producto de la mala información no existe retroalimentación. • En cuanto al liderazgo, se percibe a las jefaturas con poco compromiso con su equipo, poco integradoras, favoritistas y no ayudan a las buenas relaciones laborales, ya sea por falta 	<ul style="list-style-type: none"> • Asociación de funcionarios poco representativa, dividida y con falta de liderazgo. • Canales de información ineficientes los funcionarios perciben favoritismos e individualismos.

		<p>de instancias o por no tener la capacidad resolutive.</p> <ul style="list-style-type: none"> No existen actividades extraprogramaticas ni talleres propios para los funcionarios. 	
		<ul style="list-style-type: none"> Sistemas de seguridad ineficientes por parte de carabineros, a pesar de estar frente al consultorio La Bandera no acuden cuando hay incidentes al interior del consultorio. 	<ul style="list-style-type: none"> No existen vías de evacuación ni señaletica adecuada. Falta de guardias. Entorno en que esta inserto el consultorio La Bandera, población con altos niveles de drogadicción y delincuencia.
<ul style="list-style-type: none"> No hubo resistencia a la sectorización en el equipo interdisciplinario. Equipos de salud sectorial con enfoque familiar conformados. 		<ul style="list-style-type: none"> En cuanto a la sectorización a veces se pasa inadvertido el nuevo modelo ya que hay usuarios que no se adaptan con algunos profesionales y hay que atenderlos como antes. Proceso de sectorización lento, falta de coordinación entre equipos interdisciplinarios, cargos y roles poco claros. 	<ul style="list-style-type: none"> No esta claro el objetivo del nuevo modelo de atención integral, no se entiende para que fue hecho, no se entienden sus objetivos. Se cuestiona la cantidad por sobre la calidad de la atención debido a la carrera por lograr las metas y recibir más dinero. Incongruencia entre programas transversales y el nuevo modelo de atención integral (Programa de depresión, víf).

CONCLUSIONES

En este intento por sistematizar parte de lo que ha sido la implementación de los CESFAM, podemos percibir que en el actual modelo no existen incentivos ni un sistema de gestión adecuado para que los equipos de salud se hagan cargo en forma integral del cuidado de las personas y las familias.

Sin embargo, en el escenario actual, el principal desafío de los CESFAM, es centrar su preocupación en mantener sana a su población asignada, enfatizando la prevención y detección precoz de patologías, siempre de acuerdo a las enfermedades que efectivamente presentan sus usuarios. Para ello, los incentivos tienen que llegar hasta los centros de atención, lo cual es imposible sin modificaciones en el marco jurídico de las relaciones laborales. Tal vez la reciente promulgación de la ley 20.250, venga a subsanar parte de los problemas de los funcionarios de la salud municipalizada.

Por otro lado, este nivel de atención presenta una excesiva centralización técnica en donde casi todo depende del Ministerio y que hace letra muerta el esfuerzo de la municipalización. La alta rigidez administrativa, en especial, para los recursos humanos, imposibilita a las corporaciones municipales o municipios tener una mejor gestión de los recursos. Los modelos de atención siguen siendo poco flexibles y epidemiológicamente anticuados, y la ausencia de incentivos adecuados no promueve el trabajo en red.

Sin embargo, probablemente la mayor amenaza para este nivel sea la falta de incentivos para atraer buenos profesionales. Ello explica en gran

medida la alta proporción de médicos extranjeros en algunas comunas, y que la mayoría de los médicos chilenos sólo vean la atención primaria como un lugar de paso.

Es ineludible fortalecer las capacidades técnicas del nivel primario de atención, dotándolo de recursos humanos y económicos suficientes para convertirse en la base del sistema.

Es evidente que muchos consultorios requieren más recursos para mejorar la cobertura y calidad de los servicios entregados, principalmente en los municipios donde se concentra un mayor porcentaje de familias bajo la línea de pobreza y donde hay una mayor carga de enfermedades respecto del promedio nacional; sin embargo, primero se debe redefinir el actual sistema de pago per cápita. Este no llega directamente a los prestadores de servicios, sino que queda en el municipio, situación que no entrega los incentivos correctos.

En este sentido cabe destacar que desde un tiempo a esta parte existen centros de atención primaria no municipales que consiguen financiar las prestaciones con el mismo per cápita de los consultorios locales, utilizando modelos de salud familiar y población a cargo, sin que se registren colas o tiempos de espera. Esto no significa desconocer que en algunas zonas del país se pueden requerir mayores aportes, ya que aun no se ha reconocido la diversidad en la situación de riesgo de las personas al interior de las distintas comunas; no obstante, antes de decidir sobre el incremento de los aportes es necesario evaluar cómo se asignan.

Para cumplir con ese objetivo, se deberían definir metas sanitarias que permitan licitar poblaciones a fin de asignarlas a entidades de salud con o sin fines de lucro, para que resuelvan las necesidades de salud de los

beneficiarios, que hoy tienen una atención deficitaria. Este sistema debe funcionar sobre la base de poblaciones asignadas, con planes y metas sanitarias definidas, lo que permitiría no sólo mejorar la calidad de los establecimientos, sino obligar a un aumento de la resolutivez de la atención primaria. Ello significa que se pueden evitar las derivaciones que sólo aumentan las colas en los hospitales o en los consultorios de especialidades.

El marco jurídico para la gestión del personal en el sector salud es rígido e inflexible y dificulta a los municipios responder a la diversidad de problemas de la población. Los sistemas de remuneraciones y de pago a los prestadores sobre la base de salarios fijos mensuales, asignaciones de acuerdo a los años de permanencia, insuficientes incentivos por productividad y calidad, configuran un contexto desfavorable para la realización de acciones de promoción, prevención y curación que sean más costo-efectivas y orientadas a mantener una población sana. En este marco, la responsabilidad de eventuales pérdidas financieras recae exclusivamente en la administración municipal, la que carece de los instrumentos para exigir no sólo el mayor rendimiento de los profesionales, sino lograr además que estos actúen de acuerdo al modelo de población a cargo que el MINSAL, como parte de su papel normativo, desea introducir en la atención primaria vía el sistema de asignación de recursos per cápita. La contratación de profesionales debe ir acompañada de políticas que flexibilicen la gestión de los recursos humanos y se incremente la capacidad de resolución al primer nivel de atención, para así descargar los otros niveles de mayor complejidad y las urgencias.

Se deben diseñar e implementar los incentivos necesarios para que los equipos de salud puedan mejorar sus condiciones de trabajo en función del mejor y mayor nivel de resolutivez de las patologías. También se requiere para el desarrollo de la atención preventiva un esquema de

incentivos para aquellos programas que promueven la mantención de las poblaciones asignadas en mejores condiciones de salud. Estas asignaciones deberían ser diferenciadas, favoreciendo a aquellas zonas de menores recursos y mayores condiciones de pobreza.

La incorporación de médicos familiares y otros profesionales especializados en atención primaria debe estar respaldada por un adecuado financiamiento. La solución óptima pasa por permitir que la APS contrate sus recursos humanos, utilizando la legislación común para cualquier trabajador (Código del Trabajo) o un estatuto especial, pero con condiciones similares a esta legislación.

En este sentido, se debieran disminuir las condiciones para acceder a becas en medicina familiar y permitir la postulación "primaria", es decir, sin haberse desempeñado previamente en este nivel de atención, acortando el ciclo para esta especialidad de nueve a seis años. Por otro lado, se debiera crear una asignación de experiencia calificada para los profesionales especialistas en APS que prolonguen su permanencia por tres años más (de manera de completar los nueve años de ciclo de formación). Para ello se podría utilizar el excedente de los recursos considerados inicialmente para los nueve años en suplementar el sueldo de los médicos familiares que se contraten en la APS, de manera de mejorar el atractivo por este nivel de atención. Asimismo, se podría ampliar la entrega de la asignación de reforzamiento profesional diurno a los establecimientos de atención primaria, dirigido a aquellos especialistas que trabajen más de 22 horas en un mismo centro de salud.

Ahora bien, entre los criterios de carrera funcionaria se incluye como capacitación todo estudio o perfeccionamiento profesional, pero no se destaca si se trata de un programa formal de especialización. Además, se

presume que no hay especialistas en la atención primaria. Para poder modificar este concepto se debiera dar más peso al obtener un postítulo de especialización o el haber completado un programa formal (que en la actualidad son de al menos tres años), reconocido por una universidad o CONACEM, de acuerdo a la evaluación técnica de las competencias del postulante al reconocimiento como especialista.

Ello se podría tomar como un ítem adicional en la carrera funcionaria. El mayor gasto por concepto de remuneraciones para los especialistas debiera compensarse con el desempeño de un equipo de cabecera que entregará servicios preventivos, trabajará con la comunidad en la promoción de estilos de vida saludables y que será altamente resolutivo para acoger y solucionar los problemas de salud de las personas.

Estas modificaciones podrían hacerse extensibles a los médicos de especialidades básicas, en la medida que respondan a un diseño que mejore la situación de salud de la población y no ponga en peligro el enfoque integral-familiar y la mirada preventivo-promocional con que deben ser abordados los nuevos desafíos sanitarios.

1. El diagnóstico de salud comunal es muy complejo, quizás es un proceso que estamos comenzando, e incluye no solo estadísticas muchas veces globales poco representativas, sino debe involucrar a la comunidad activamente y a los funcionarios en su conjunto.
2. La salud de San Ramón no está aislada del estado general de la salud en Chile, profundamente en crisis como efecto de los cambios experimentados bajo el régimen militar. El deterioro producido por la política económica neoliberal, no solo afecta a la salud de modo global, sino perjudica fundamentalmente a los más pobres. El traspaso de los consultorios y postas a la administración municipal ha lesionado

seriamente el financiamiento, la infraestructura los programas hacia la comunidad y la situación de los trabajadores de la salud.

Sirva esta reflexión para dimensionar el largo camino que nos queda por recorrer para llegar a brindar salud digna.

Santiago, 2008.

GLOSARIO TERMINOS SALUD MUNICIPAL⁵⁴

2008

Consultorio General Rural (CGR): Es un establecimiento de atención ambulatoria ubicado generalmente en localidades de 2.000 a 5.000 habitantes y que presta servicios a la población de un área determinada que no excede los 20.000 habitantes. Las acciones del Consultorio General Rural comprenden tanto el fomento, la prevención y la protección de la salud de las personas y del medio ambiente, como la resolución de problemas de salud que pueda manejar el equipo de salud compuesto de médico, odontólogo, enfermera matrona, otros profesionales y técnicos apoyados por medios básicos de diagnósticos y tratamiento.

Consultorio General Urbano (CGU): Es el establecimiento de atención ambulatoria ubicado en localidades de más de 20.000 habitantes y al servicio de un área de atracción, idealmente no superior a 50.000 habitantes. Sus acciones comprenden el fomento, la prevención y la protección de la salud de las personas y del ambiente de la localidad y la resolución de los problemas de salud de esa misma población y de aquella del área de atracción que llegue por referencia. La capacidad de resolución de salud ambulatoria estará determinada por la complejidad de los recursos que posea el consultorio. El equipo del Consultorio General Urbano estará constituido por médicos y odontólogos generales, más los profesionales y técnicos (enfermeras, matronas, nutricionistas, etc.) al cual se le agregará el tecnólogo médico para el manejo del laboratorio básico que pueda poseer el establecimiento.

⁵⁴ Servicio Nacional de Información Municipal. Gobierno de Chile. Ministerio de Interior. Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.

COSAM ó Centro Comunitario de Salud Mental Familiar para áreas con población de alrededor de 50.000 habitantes; pertenecen al nivel secundario de atención (la definición de este establecimiento se incorporara en las normas técnicas del programa de salud mental del MINSAL por publicarse)

Costo Fijo (en Salud Municipal): Sistema de costo fijo se refiere a aquellas comunas que no se financian con la modalidad de aporte per cápita (MINSAL), de acuerdo a la población inscrita validada. El mecanismo de costo fijo se aplica a comunas con población menor de 3500 personas, a fin de cubrir el financiamiento de las prestaciones insertas en la canasta básica del nivel primario.

En el año 2008 hay 52 comunas en Chile que, por razones básicamente geográficas, concurren condiciones absolutamente excepcionales en cuanto a población potencialmente beneficiaria

- inferior a 3.500 personas -, ruralidad y dificultad tanto para prestar como para acceder a las atenciones de salud. Estas comunas se conocen como "Comunas Costo Fijo" ya que tradicionalmente, con el objeto de asegurar la atención de salud de su población, ha sido preciso transferirles los recursos necesarios para permitir el funcionamiento de los establecimientos asistenciales allí ubicados.

Encuesta CASEN (Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional): El Ministerio de Planificación y Cooperación, tiene un importante rol en el diseño, coordinación y evaluación de la política social de Gobierno, cuyos objetivos son erradicar la pobreza, mejorar la calidad de vida de la población, y favorecer la integración al proceso de desarrollo de los sectores excluidos.

Para la implementación de la política social, el país cuenta con diversas instituciones responsables de los programas sectoriales de educación, salud,

vivienda, trabajo y previsión social, que actúan a nivel nacional y descentralizadamente en las regiones y en las comunas, mediante los respectivos gobiernos regionales y locales.

Además de los programas sectoriales, y con el fin de aumentar la eficacia de la política de superación de la extrema pobreza, se ha identificado a aquellos sectores de la población que presentan condiciones de mayor vulnerabilidad, como familias con jefatura femenina, niños y niñas, jóvenes y adultos mayores, personas con discapacidad, pueblos indígenas y localidades pobres. Para estas poblaciones objetivo se han creado entidades responsables de formular y coordinar programas específicos de desarrollo.

La diversidad de instituciones gubernamentales que actúan en el campo social, demanda, en consecuencia, de coordinación y orientación que asegure unidad de criterios y eficiencia. Se requiere, además, el diseño de programas integrados destinados a poblaciones y localidades objetivo, para cuya formulación, seguimiento y evaluación es necesario un trabajo interdisciplinario.

En el cumplimiento de sus funciones de diseño, coordinación y evaluación de la política social, MIDEPLAN participa aportando los antecedentes para la toma de decisiones del Gobierno en relación con prioridades, metas y programas sociales, propone nuevos proyectos para afrontar problemas emergentes y modificaciones a aquéllos que no logran las metas establecidas. Para tales propósitos, cuenta con un conjunto de instrumentos que le permiten elaborar los diagnósticos de la realidad socioeconómica del país, evaluar los programas sociales y los resultados alcanzados.

Uno de dichos instrumentos es la Encuesta CASEN, la cual constituye una herramienta básica en la formulación del diagnóstico y en la evaluación del impacto de la política social en los hogares, así como de los programas más importantes que componen el gasto social.

En efecto, la Encuesta CASEN proporciona información acerca de las condiciones socioeconómicas de los diferentes sectores sociales del país,

sus carencias más importantes, la dimensión y características de la pobreza, así como la distribución del ingreso de los hogares. La evolución de esta realidad constituye un importante elemento para analizar el impacto del gasto social. La encuesta contiene, además, antecedentes sobre la cobertura y perfil de los beneficiarios de los programas sociales, su aporte monetario y no monetario al ingreso de los hogares; identifica a los sectores sociales que no acceden a dichos programas, lo que posibilita el cálculo de los déficits de atención asociados. Tales datos orientan el trabajo de diseño de nuevos proyectos y de modificaciones, en los sistemas de asignación de los beneficios para mejorar la focalización de aquéllos de carácter selectivo.

La Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional (CASEN), se ha llevado a cabo desde el año 1985, con una periodicidad de dos años (excepto la del año 89, que debió realizarse en 1990). Las encuestas CASEN realizadas hasta la fecha, corresponden a los años 1985, 1987, 1990, 1992, 1994, 1996 y 1998 sería la VII Encuesta CASEN. La información que proporciona esta encuesta, constituye un antecedente básico para focalizar el gasto social y sirve de manera sustantiva al proceso de descentralización de la gestión del Estado. Sus resultados se obtienen a nivel regional y los mismos están referidos a nivel de comunas, para un número significativo de ellas.

Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR): El FNDR. es el principal instrumento financiero, mediante el cual el Gobierno Central transfiere recursos fiscales a cada una de las regiones, para la materialización de proyectos y obras de desarrollo e impacto regional, provincial y local. Su administración corresponde principalmente a los Gobiernos Regionales y a la Subsecretaría de Desarrollo regional y Administrativo. La Constitución Política de la República y, específicamente, la ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional, lo definen como: "un programa de inversiones públicas, con fines de compensación territorial, destinado al financiamiento de acciones en los distintos ámbitos de infraestructura social y

económica de la región, con el objetivo de obtener un desarrollo territorial armónico y equitativo". Al mismo tiempo, debe procurar mantener un desarrollo compatible con la preservación y mejoramiento del medio ambiente, lo que obliga a los proyectos financiados a través del FNDR a someterse a una evaluación de impacto ambiental.

Por lo anterior, su distribución opera considerando dos conjuntos de variables: las de orden socio-económico y las territoriales. Se asigna el 90% de los recursos a comienzos del año presupuestario, y el 10% restante se destina en igual proporción, a cubrir situaciones de emergencias y estímulos a la eficiencia, en cada ejercicio presupuestario. Dos son las fuentes de recursos de este instrumento. Por una parte, recursos fiscales o propios, que dan origen al FNDR - Tradicional y, por otra, el préstamo 853/OC-CH del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) o FNDR - BID.

FNDR Salud: Total de recursos destinados del Fondo Nacional de Desarrollo Regional al área de Salud en el municipio.

Línea de Indigencia: Se denomina al costo de la canasta alimentaria mensual per cápita y se define como indigentes a las personas que residen en hogares cuyo ingreso per cápita es inferior a este valor. Vale decir, hogares que aunque dedicaran la totalidad de sus ingresos a comprar alimentos, no lograrían cubrir adecuadamente las necesidades nutricionales de sus integrantes. Se estiman dos líneas de indigencia, una correspondiente a las zonas urbanas y otra a las zonas rurales. El valor de la **Línea de Pobreza** para las zonas urbanas se obtiene duplicando el valor de la Línea de Indigencia, en tanto que el de las zonas rurales se calcula incrementando en 75 % el presupuesto básico de alimentación estimado para estas.

Per Cápita en Salud: El sistema de financiamiento 'per cápita' consiste en que cada municipio recibe recursos según el número de beneficiarios públicos registrados en cada centro de salud de la comuna (población inscrita validada). Los recursos entregados tienen un valor por persona establecidos por promedios históricos que aumenta según las características de cada

comuna (rural o urbana, niveles de pobreza, indicador de dificultad de desempeño etc).

Población Asignada: Es la población que **potencialmente** puede acceder a atención de salud que otorgan los establecimientos asistenciales, por residir en un **área geográfica accesible** a éstos. Se determina mediante los censos.

Población Beneficiaria: La población adscrita de cada consultorio: población beneficiaria de FONASA que se inscribe voluntariamente según domicilio (o lugar de trabajo) en el establecimiento de atención primaria donde desea ser atendida. Los beneficiarios de los servicios de salud municipal están definidos según la Ley 18.469 de 1985.

Población en Condiciones de Pobreza: Se refiere a la población que vive en condiciones de pobreza (indigentes y no indigentes), según CASEN. A un individuo se le considera "**pobre**" si su nivel de ingreso se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas; e "**indigente**" si éste no le permite satisfacer sus necesidades alimentarias. Estos mínimos se denominan "línea de pobreza" y "línea de indigencia", respectivamente (definición MIDEPLAN).

Población Indigente: Se considera en situación de "indigente" a aquellos hogares que, aun cuando destinaran todos sus ingresos a la satisfacción de las necesidades alimentarias de sus integrantes, no lograrían satisfacerlas adecuadamente. Y se considera en situación de "pobre" a aquellos hogares cuyos ingresos son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, alimentarias y no alimentarias, de sus miembros (definición MIDEPLAN).

Población Inscrita validada en Salud: Se refiere al total de personas inscritas en el servicio de salud municipal y validada por FONASA.

Población Pobre No Indigente: Se le considera "pobre" si su nivel de ingreso se sitúa por debajo de un nivel mínimo que le permita satisfacer sus necesidades básicas

Población Rural: Asentamiento humano concentrado o disperso con 1.000 ó menos habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes en los que menos del 50% de la población económicamente activa se dedica a actividades secundarias.

Población según Línea de Pobreza: Corresponde a los hogares que clasifican en indigentes o pobres no indigentes de acuerdo al método de la Línea de Pobreza.

Población Urbana: Conjunto de viviendas concentradas en que residen más de 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000 habitantes con 50% o más de su población económicamente activa dedicada a actividades secundarias y/o terciarias.

Excepcionalmente, se consideran urbanos los centros de turismo y recreación que cuentan con más de 250 viviendas concentradas y que no cumplen el requisito de población se consideran urbanos.

Posta de Salud Rural (PSR): Es un establecimiento de atención ambulatoria, localizado en una determinada área geográfica de fácil accesibilidad para poblaciones de 600 a 1.200 habitantes y que presta servicios a la población de un área determinada que no excede los 20.000 habitantes (Ver artículo 37 del Reglamento orgánico de los Servicios de Salud N°140 de 2004. Están a cargo de un técnico paramédico de salud rural residente que recibe periódicamente el apoyo del equipo profesional compuesto básicamente por médico, enfermera y matrona, los que concurren en conjunto o en forma alternada.

Las acciones de fomento, la prevención y la protección de la salud de las personas se realizan sobre toda la población del área geográfica, básicamente a través de visitas domiciliarias programadas y las actividades de recuperación, por detección o demanda espontánea.

La Posta de Salud Rural deriva a establecimientos de mayor complejidad (Consultorios Generales Urbanos o Rurales) las situaciones que no pueda resolver por sus medios. Dada la ubicación en áreas de población cuyas

condiciones socio-económicas, culturales o de aislamiento geográfico implican un bajo grado de desarrollo, la Posta de Salud Rural tiene un importante papel en la promoción del desarrollo integral de la comunidad.

Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU): Forma parte del sistema de atención prehospitalario consta de atención, traslado y coordinación de urgencia-emergencia, individual y colectiva, por medio de ambulancias equipadas y con personal idóneo para resolver emergencias. Este componente es entregado por centros reguladores que dependen administrativamente de un Servicio de Salud de la Región, aunque el territorio de estos centros puede abarcar a varios Servicios.

Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): Es el establecimiento de salud perteneciente al nivel primario de atención, que resuelve la demanda de emergencia / urgencia médica de mediana y baja complejidad, generalmente en horario no hábil.

Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU): Forma parte del sistema de atención prehospitalario consta de atención, traslado y coordinación de urgencia-emergencia, individual y colectiva, por medio de ambulancias equipadas y con personal idóneo para resolver emergencias. Este componente es entregado por centros reguladores que dependen administrativamente de un Servicio de Salud de la Región, aunque el territorio de estos centros puede abarcar a varios Servicios.

Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): Es el establecimiento de salud perteneciente al nivel primario de atención, que resuelve la demanda de emergencia / urgencia médica de mediana y baja complejidad, generalmente en horario no hábil.

Tipo de Administración del Sistema Salud: Se refiere al tipo de administración que posee el área de Salud municipal, la cual puede ser: *Dirección ó Departamento, Corporación, o No Tiene Sistema* de Salud Municipal.

Urbano y Rural: El concepto urbano es usado para denominar los lugares caracterizados como tales por sus condiciones poblacionales. Los criterios utilizados para identificar las zonas urbanas y rurales, varían de un país a otro y además tienen variaciones en el tiempo dentro de un mismo país, que dificultan la comparabilidad. En el caso de los dos últimos Censos realizados en Chile (1992 y 2002) las definiciones han sido las mismas. Se entiende como “entidad urbana” a un conjunto de viviendas concentradas, con más de 2.000 habitantes, o entre 1.001 y 2.000, con el 50% o más de su población económicamente activa dedicada a actividades secundarias y/o terciarias. Excepcionalmente, los centros que cumplen funciones de turismo y recreación con más de 250 viviendas concentradas y que no alcanzan el requisito de población, se consideran “entidades urbanas”. En consecuencia área urbana es el conjunto de las entidades urbanas.

ANEXO I

LAS ETAPAS DE LA ACTUAL REFORMA A LA SALUD

Fija el texto refundido del Decreto Ley N° 2.763 y de las Leyes N° 18.933 y 18.469.	<u>Decreto con Fuerza de Ley N° 1</u>	24 de abril de 2006
Fija procedimiento, número máximo de funcionarios y bonificación compensatoria para la asignación de turno que fija el artículo 72 del Decreto Ley N° 2.763, de 1979.	<u>Decreto con Fuerza de Ley N° 30</u>	26 de mayo de 2005
Modifica la Ley N° 18.933, sobre instituciones de salud provisional.	<u>Ley N° 20.015</u>	17 de mayo de 2005
Fija la planta del personal para la Superintendencia de Salud.	<u>Decreto con Fuerza de Ley N° 3</u>	28 de febrero de 2005
Establece un régimen de garantías en salud (Plan AUGE).	<u>Ley N° 19.966</u>	3 de septiembre de 2004
Modifica el Decreto Ley N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva	<u>Ley N° 19.937</u>	24 de febrero de

concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.		2004
Establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del Gobierno.	<u>Ley N° 19.888</u>	13 de agosto de 2003
Reglamento sobre el sistema de acreditación a que se refieren los artículos 16 y siguientes de la Ley N° 19.664.	<u>Decreto N° 128</u>	5 de mayo de 2005
Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud y deroga el Decreto N° 42, del 9 de diciembre de 1986.	<u>Decreto N° 140</u>	21 de abril de 2005
Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud.	<u>Decreto N° 136</u>	21 de abril de 2005
Fija la cobertura financiera mínima por aplicación del artículo 31 de la Ley N° 19.966.	<u>Decreto N° 40</u>	18 de abril de 2005
Fija los establecimientos de desempeño difícil de atención primaria de salud para el año 2005.	<u>Decreto N° 178</u>	14 de febrero de 2005
Aprueba las garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud.	<u>Decreto N° 44</u>	31 de enero de 2007

Reglamento para el otorgamiento de la asignación de responsabilidad a que se refieren los artículos 76 y siguientes del Decreto Ley N° 2.763, de 1979.	<u>Decreto N°</u> <u>137</u>	4 de enero de 2005
Reglamento que regula el otorgamiento del componente asociado al cumplimiento anual de metas sanitarias y mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de las asignaciones de desarrollo y estímulo al desempeño colectivo, y de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo, conforme a lo señalado los artículos 63 y 67 del Decreto Ley N° 2.763 de 1979.	<u>Decreto N°</u> <u>123</u>	6 de noviembre de 2004
Reglamento sobre procedimiento de acreditación y otorgamiento del componente de acreditación individual de la asignación de acreditación individual y estímulo al desempeño colectivo a que se refiere el inciso segundo del artículo 66 del Decreto Ley N° 2.763, de 1979	<u>Decreto N°</u> <u>113</u>	6 de noviembre de 2004
Reglamento sobre el pago de la asignación de estímulo a la función directiva a que se refieren los artículos 68 y siguientes del Decreto Ley N° 2.763, de 1979.	<u>Decreto N°</u> <u>112</u>	6 de noviembre de 2004
Reglamento para el otorgamiento de la	<u>Decreto N°</u>	30 de

indemnización establecida en el artículo primero transitorio de la Ley N° 19.937.	<u>83</u>	agosto de 2004
Aprueba el reglamento del régimen de prestaciones de salud.	<u>Decreto N° 369</u>	2 de enero de 1986

BIBLIOGRAFIA

Libros:

1. ANICKK. MANUEL (2005) Dos Décadas de Reforma del Sistema de Salud En Chile: Logros Y Desafíos Persistentes: Department of Health System Policies and Operations World Health Organization Geneva, Switzerland.
2. BONFILL, Xavier. (1997) "Medicina basada en la evidencia" Madrid, En: Rev. Esp. Cardiol.
3. BRIONES, Guillermo. (1999) "Filosofía y Teorías de las Ciencias Sociales: Dilemas y propuestas para su construcción". Santiago: Dolmen Studio.
4. BUSTOS A., RIQUELME N., ASENJO G., FERNÁNDEZ P., CONTRERAS Y., ILLANES B. (1996) Salud Familiar: una perspectiva en el paradigma Biopsicosocial. En: Rev. Facultad Odontología, UdeC. Vol. III (5)
5. CHACÓN, Andrés.(2004) DESCENTRALIZACIÓN Y AUTONOMÍA DURANTE LOS GOBIERNOS DE LA CONCERTACIÓN Registro intelectual n° Instituto chileno de Estudios Municipales Universidad Autónoma de Chile, Santiago: ICHEM.
6. CID PEDRAZA, Camilo. (2000) Consideraciones sobre la situación actual de la Seguridad Social en Chile. Sanitago, Chille, Universidad Arcis: Revista Cilas.

7. CORTES, Patricia. (2006) "Proyecto CEPAL, 'Pobreza urbana: estrategia orientada a la acción para los gobiernos e instituciones municipales de América Latina y el Caribe'" Santiago: United Nations Publications.
8. DEWALT, Kathleen M. DEWALT, Billie R. (2002). Participant observation: a guide for fieldworkers. Walnut Creek, CA: AltaMira Press.
9. DRAGO, Marcelo. (2006) La reforma al sistema de salud desde la perspectiva de los derechos humanos. Serie de Documentos Públicos. Santiago, Chile: CEPAL.
10. ERLANDSON, David A.; HARRIS, Edward L.; SKIPPER, Barbara (1993). Doing naturalistic inquiry: A guide to methods. Newbury Park, CA: Sage.
11. GREINER, Larry. (1990). Poder y desarrollo organizacional: La movilización del poder para implantar el cambio. Wilmington: Addison-Wesley. Iberoamericana.
12. HERRERA Pamela (2004) "Nuevo Modelo de Gestión en la Atención Primaria de Salud. La experiencia de Santiago" Revista del Instituto Libertad y Desarrollo. Santiago: LyD.
13. HORWITZ, A. (1995). Servicio nacional de salud y la salud pública chilena En: La salud en el proceso de desarrollo chileno. Santiago, Minsal: OPS.

14. KOTTERN Jhonn P. 2006. dirigir no es lo mismo que liderar: Harvard Business Review.
15. KRAUSE JACOB, MARIANA. (1995). La investigación cualitativa: Un campo de posibilidades y desafíos. Revista Temas de Educación N°7.
16. MARSHALL, Catherine. ROSSMAN, Gretchen B. (1989). Designing qualitative research.. Newbury Park. CA: Sage.
17. MERTON Robert, K. KENDALL Patricia, "The Focused interview" 1956.
18. MINSAL. (2001) División de inversiones y desarrollo de la red asistencial. Departamento de normas, Guía de diseño y planificación de los Centros de Salud.
19. Organización Panamericana de la Salud. (2002). La Salud Pública en las Américas. Washington D.C: OPS.
20. ORGANIZACION FOR ECONOMIC COOPERATION AND DEVELOPMENT. 1992. (The reform of health care: a comparative analysis of Seven OECD Countries. OECD Pub. Paris. Health Policy Studies N° 2.
21. Organización Panamericana de Salud. (1978). Conferencia Internacional sobre Atención primaria en Salud. URSS:OPS.
22. Organización Panamericana de Salud. (2004). Atención Primaria de Salud.

23. RUIZ-ESQUIDE Mariano. (2003). La reforma de salud según un médico legislador En: Revista Vida Médica, publicación oficial de/ Colegio Médico de Chile, volumen 55, Nº 2.
24. SCHEIN, Edgar. (2000). Fundamentos de Administración y Dirección de Empresas. Buenos Aires: MacGraw-Hill.
25. Sociedad Chilena de Medicina Familiar. "Propuesta para un modelo de salud en Chile incorporándola Medicina Familiar".
26. VASILACHIS DE GIALDINO, I. Métodos cualitativos I.C.E.A.L. Bs. As., 1993.
27. VÁSQUEZ MÁRQUEZ José Ignacio (2004) "El déficit garantístico del artículo 19 Nº9 de la Constitución", ponencia para las Jornadas de Derecho Público.
28. VÁSQUEZ MÁRQUEZ José Ignacio (2004) "Derecho a la salud, Protección y Garantía", En: Revista de Derecho Universidad Finis Terrae.
29. WINSLOW. C. (1920). The Untilled Fields of Public Health. Publication: Science, Volume 51.

Leyes:

30. Dictamen N° 19 958 de la Contraloría General de la República de fecha 02 de mayo de 2006.
31. DFL N°1 Fija Texto Refundido, Coordinado Y Sistematizado Del Decreto Ley N° 2.763, De 1979 Y De Las Leyes N° 18.933 Y N° 18.469.
32. Ley 19.378. Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal
33. OFICIO Sesión 37ª, en martes 1 de agosto de 2006 .PROBLEMAS DE TRABAJADORES DE HOSPITAL REGIONAL DE TEMUCO. Intervención del Senador García.
34. Resolución N° 68.- Santiago, 11 de mayo de 2005. Ministerio de Salud, Reglamenta programa de capacitación y perfeccionamiento de funcionarios que se desempeñan en atención primaria de salud. Publicada en el Diario Oficial de 09 de julio de 2005.

Páginas web:

35. CES A CESFAM (2006) Documento acerca de los pasos necesarios para traspasar de CES a CESFAM salud APS Familia. [consultado de fecha 11 de marzo de 2008] Disponible en: www.scribd.com/doc
36. [consultado de fecha 23 de enero de 2008] Disponible en: www.minsal.cl

37.[consultado de fecha 15 de marzo de 2008] Disponible en:www.memoriamir.cl

38.[consultado de fecha 7 de febrero de 2008] Disponible en:
www.confusam.cl.