



Asociación
Chilena de
Municipalidades

Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional



Municipio y Atención Primaria en Salud



© 1997. Asociación Chilena de Municipalidades.
N° de inscripción: 109.335. Santiago, Chile. Marzo 1999.

Serie de Manuales Didácticos para la Gestión Municipal

Manual N° 10: *Municipio y Atención Primaria en Salud*

Editado por la Asociación Chilena de Municipalidades (Luis Thayer Ojeda 424, Providencia, Fono 6551730).

Realizado con la cooperación técnica y financiera de la Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional, DSE.

Este documento es resultado del trabajo sistemático de la Comisión de Salud de la Asociación Chilena de Municipalidades, que es presidida desde sus inicios por el Alcalde de Pirque, don Manuel José Ossandón.

ISBN: 956-7485
DSE-DOK 1796 C/c

Autores Manual N° 10
Coordinación de la Serie Manuales Didácticos
Edición general
Corrección de textos
Diseño de la Serie Manuales Didácticos
Diagramación y Producción Gráfica

Estrella Arancibia, Hugo Bugueño y Giorgio Solimano.
Mónica Luna
Loreto Bravo
María Eugenia Pavez
Osvaldo Aguiló
A•DOS Diseñadores

Presentaciones

Estimados amigos:

Desde el inicio de nuestra Asociación, hace ya seis años, una de las preocupaciones centrales de su acción se ha orientado a apoyar el fortalecimiento de la gestión municipal. En esta línea, la gestión en materias de Atención Primaria en Salud es sin duda un factor importante, que implica la necesidad de entregar atención oportuna y de calidad a nuestros vecinos.

Hoy día, más del 62% de la población nacional se atiende por el sistema público de salud, lo que significa que los municipios chilenos debemos dar respuesta a una demanda mayoritaria, especialmente ligada a los sectores de menores ingresos del país. Por ello, entendemos que nuestra misión no sólo se relaciona con una adecuada acción en materias de administración, sino que significa fortalecer permanentemente una atención de calidad para todos los usuarios del sistema.

Estamos empeñados en avanzar en el mejoramiento continuo del modelo de salud primaria municipal, más aún considerando el hecho de que 309 comunas del país administran el sistema de atención primaria. Por esto, nos complace poner a disposición de ustedes este manual, que esperamos pueda orientar y facilitar la acción que los municipios desarrollan en el área.

Quiero agradecer especialmente al Ministerio de Salud, tanto al Señor Ministro como a la División de Atención Primaria, dirigida por don Ricardo Fábrega, por su colaboración en este manual y su apoyo al objetivo de fortalecer las capacidades técnicas de los municipios.

Como Asociación Chilena de Municipalidades, queremos que este aporte contribuya a fortalecer la gestión de salud en los municipios, al mismo tiempo que permita avanzar en la reflexión y propuesta de las materias que vayan perfeccionando el sistema cada vez más. Nos parece que los niveles locales debemos ser capaces de aportar en el diseño y construcción del sistema público de salud, reconociendo así que estamos frente a una tarea de todos los niveles del Estado.

Nuestro esfuerzo por contar con un sistema de salud que dé respuesta a las necesidades de la gente es una tarea fundamental en la que todos los actores, tanto el gobierno como la sociedad civil, deben sentirse convocados de manera de lograr el objetivo de desarrollo con equidad en materias de salud.



Gonzalo Duarte Leiva
Presidente de la AChM

La incorporación de la salud dentro del marco de atribuciones y competencias de los municipios es uno de los desafíos más complejos que ha tenido que enfrentar el sector público chileno.

Durante la presente década se han ido decantando las experiencias que permiten sostener que gran parte de los municipios chilenos están en condiciones de desarrollar adecuadamente las labores de salud esenciales y que con mejores instrumentos de gestión y una adecuada integración funcional con la red hospitalaria, la salud municipal se convierte en un componente más del desarrollo local que promueve el municipio en cada comuna del país.

Esta definición del sector salud como aporte y resultado del desarrollo local es probablemente el objetivo central y la razón fundamental para continuar abogando por un fortalecimiento del rol del municipio. Es en las comunidades y familias, en los lugares de trabajo y en los espacios públicos, donde se desarrollan los hábitos y se toman las decisiones que hacen de cada comuna un lugar más o menos saludable.

De este modo, consideramos que la salud municipal, en su triple rol de aporte al desarrollo local, principal punto de atención en salud y entrada a la resolución de problemas más complejos, requiere de una importante capacidad de gestión de los equipos locales para enfrentar exitosamente el desafío.

Es por esto que herramientas de gestión como las que se ofrecen en el presente manual constituyen una guía clara para enfrentar exitosamente las tareas de la salud a nivel local y con un aporte interesante que todo gestor debe tomar en cuenta.

El Ministerio de Salud felicita a los equipos locales que han dado cuerpo al presente documento, a la Asociación Chilena de Municipalidades que realiza el esfuerzo de edición y divulgación de este material, y se compromete a continuar abogando por un trabajo conjunto que nos permita dar cada día más y mejores servicios a los vecinos de todas las comunas, en el marco de un modelo de atención más cercano, centrado en las personas, sus familias y sus comunidades.



Alex Figueroa Muñoz
Ministro de Salud

Serie Manuales Didácticos

- **Manual N° 1. Nuevas Tecnologías para la Gestión de Servicios Municipales**

En este primer Manual *Pavimentos, Energía, Áreas verdes, Gestión urbana y equipamiento, y Emergencia* son los temas en que autoridades, funcionarios municipales y profesionales en general, encontrarán un amplio registro de experiencias innovadoras, replicables o sugerentes para crear nuevas soluciones.

- **Manual N° 2. Provisión y Administración de Bienes y Servicios Municipales**

Para cumplir funciones que le son consustanciales, como la de prestar Servicios, el municipio requiere de recursos materiales denominados Bienes. La Provisión y Administración de estos Bienes y Servicios es una tarea compleja y sometida a normas y procedimientos legalmente establecidos.

Este Manual entrega los elementos básicos que facilitan dicha tarea. Incluye documentación, jurisprudencia y numerosos ejemplos que orientan la acción municipal en esta materia.

- **Manual N° 3. Planificación Municipal**

La gran tarea del desarrollo comunal exige un acucioso análisis de los problemas que se busca resolver y de las potencialidades y recursos con que se cuenta para ello.

La planificación es una metodología al servicio de este proceso que debe sumar voluntad política, capacidad técnica y participación comunitaria. Este Manual entrega los elementos necesarios para planificar el desarrollo desde una perspectiva participativa y centrada en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

- **Manual N° 4. Finanzas Municipales**

Los sistemas presupuestarios y financieros son instrumentos óptimos para contribuir a elevar la calidad de los procesos y servicios municipales.

Conocer y aplicar estos sistemas de acuerdo a las normativas legales vigentes, garantiza mayor eficiencia y eficacia en la gestión municipal. También asegura la transparencia y el control adecuado del uso de fondos municipales.

- **Manual N° 5. Gestión Ambiental Municipal**

Este Manual sugiere caminos de acción municipal en los diversos aspectos de la gestión ambiental. No sólo muestra problemas y soluciones, también provee del marco legal y modelos útiles para que cada municipio establezca las estructuras, instrumentos y coordinaciones que le permitan realizar una labor eficaz.

- **Manual N° 6. Desarrollo Económico Local**

El Desarrollo Económico Local es un proceso que debe ser crecientemente protagonizado por los municipios, concertando para ello recursos materiales, capacidades técnicas y participación social.

Este Manual entrega información teórica y práctica que contribuye a la realización eficiente de esta función municipal.

- **Manual N° 7. Desarrollo de Recursos Humanos para la Gestión Municipal**

Este Manual está dedicado a los recursos humanos, como un componente estratégico de la gestión municipal.

Aporta información teórica y práctica para formular una política de Desarrollo de Recursos Humanos con alto énfasis participativo.

- **Manual N° 8. Gestión de Obras Municipales**

El aporte de este Manual radica en que contribuye a un mejor conocimiento y aplicación de las normas y procedimientos propios de las funciones de las Direcciones de Obras. Al mismo tiempo, fomenta un rol más decidido de esta instancia –desde su campo de competencias– en la planificación del desarrollo local.

- **Manual N° 9. Turismo y Gestión Municipal**

El manual de Turismo, noveno de la serie, plantea la importancia del Turismo como factor de desarrollo social, cultural y económico en los territorios comunales. Además presenta un conjunto de procedimientos, guías de planificación y de acción que contribuyen a diseñar estrategias para el desarrollo del Turismo en el nivel local.

Autores

Estrella Arancibia R.

Asistente Social de la Universidad de Chile y Diplomada en Recursos Humanos en la Facultad de Economía, de la Universidad de Chile.

Se ha desempeñado en distintos municipios de zonas rurales.

Actualmente es Jefa del Área de Salud de la Corporación Municipal de La Florida y miembro de la Comisión de Salud de la Asociación Chilena de Municipalidades.

Hugo Bogueño P.

Matrón de profesión, egresado del Programa Magister en Salud Pública de la Universidad de Chile. Se ha desempeñado como Jefe de Salud Municipal para la I. Municipalidad de Monte Patria y las Corporaciones Municipales de Viña del Mar y Puente Alto. Actualmente desempeña el cargo de Secretario General de la Corporación Municipal de Educación y Salud de Pirque; Miembro de la Comisión Técnica de Salud de la AChM desde 1996; y consultor del Instituto Libertad.

Giorgio Solimano C.

Médico Cirujano, con especialidad en Salud Pública; Director de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile; Presidente de la Corporación de Salud y Políticas Sociales, CORSAPS; Ex Director del Departamento de Salud de la I. Municipalidad de Huechuraba.

Fundación Alemana para el Desarrollo (DSE)

La Fundación Alemana para el Desarrollo Internacional (DSE) fue creada en 1959 por la Federación y los Lander (Estados federados), a iniciativa de los partidos políticos representados en el Parlamento Federal, con el objetivo de promover las relaciones entre la República Federal de Alemania y los países en desarrollo sobre la base de un intercambio de experiencias.

A fin de cumplir este cometido, la DSE realiza eventos dedicados al diálogo y programas para el perfeccionamiento profesional, con lo cual presta apoyo a los proyectos de desarrollo económico y social que ejecutan los países de Africa, Asia y América Latina.

Campos prioritarios de acción:

- Foro de Política de Desarrollo (EF)
- Centro de Educación, Ciencia y Documentación (ZED)
- Centro de Desarrollo Económico y Social (ZWS)
- Centro de Orientación Regional (ZA)
- Centro de Promoción de la Administración Pública (ZOV)
- Centro de Fomento de las Profesiones Industriales y Artesanales (ZGB)
- Centro de Fomento de la Alimentación y la Agricultura (ZEL)
- Centro de Promoción de la Salud Pública (ZG)

Dirección General:

Director Ejecutivo:

Dr. Heinz Bühler

Director Ejecutivo Adjunto:

Sr. Peter Sötje

Rauchstrasse 25

10787 Berlin, Alemania

Teléfono : 30 - 25433 - 0

Télex : 181615 dseb d, 17308120=dsebln ttx d

Teletexto : 2627-308120=DSEBLN

Telefax : 30 - 25433 - 375

Asociación Chilena de Municipalidades

La Asociación Chilena de Municipalidades fue creada al cabo de un rico proceso de concertación de esfuerzos políticos y técnicos en pos de fortalecer el proceso de desarrollo comunal. El Congreso constituyente realizado en Valparaíso y Viña del Mar, en mayo de 1993, marca el inicio de una gestión que cobra cada vez más relevancia en el ámbito de su competencia.

La entidad está regida por cuatro principios fundamentales que garantizan su vocación democrática y de autonomía respecto del Estado central. En primer lugar, el carácter voluntario de la afiliación de municipios. Segundo, la consideración equitativa de los municipios independientemente de su tamaño y recursos. Tercero, la Asociación se conduce con un principio de irrestricto pluralismo político y partidario que se expresa tanto en sus estructuras directivas y técnicas, como en los procedimientos operativos. Finalmente, la Asociación se reconoce como un organismo político y técnico, salvaguardando ambos sentidos en su quehacer.

Dos objetivos generales definen su acción: la promoción de la autonomía municipal, a través de la representación de los intereses municipales –y de las actividades que de ella se derivan–, y la búsqueda del perfeccionamiento de la gestión municipal, a través de la acción directa con los propios municipios miembros, mediante programas y proyectos de capacitación, estudios, edición de publicaciones técnicas, entre otros.

Actualmente la Asociación congrega al total de los municipios del país. Se organiza en capítulos regionales y cuenta con una Secretaría Ejecutiva permanente de carácter técnico administrativo, con sede en Santiago.

Directiva de la Asociación Chilena de Municipalidades:

Presidente	Gonzalo Duarte, Alcalde de La Florida
Secretario General	Darío Valenzuela, Alcalde de Rancagua
1er. Vicepresidente	Adriana Peñafiel, Alcaldesa de La Serena
Vicepresidentes:	Manuel José Ossandón, Alcalde de Pirque
	Manuel Rojas, Alcalde de Colina
	Cristián Labbé, Alcalde de Providencia
	Aldo Bernucci, Alcalde de Chillán
	Daniel Badilla, Alcalde de Los Ángeles
	Mauricio Soto, Concejal de Maipú
	Cristián Pareto, Alcalde de Estación Central
	Mario Olavarría, Concejal de Providencia

Subsecretarios

Generales:	Sady Melo, Alcalde de El Bosque
	Elizabeth Armstrong, Concejala de La Reina

Introducción	Presentación	3
Capítulo I	La salud en Chile. Marco institucional y definiciones preliminares	11
	• 1.1 ¿Qué es la salud?	13
	• 1.2 Situación de salud en Chile, en la década del 90	13
	• 1.3 Políticas de salud en Chile	16
	• 1.4 Organización del sistema de salud en Chile	19
	• 1.5 La Atención Primaria de Salud en Chile	22
Capítulo II	La municipalización de la salud en Chile	25
	• 2.1 Descentralización y Atención Primaria de Salud Municipal	27
	• 2.2 Atribuciones y responsabilidades del Municipio frente a salud	31
	• 2.3 Salud en el contexto del Desarrollo Comunal	32
	• 2.4 Políticas de salud comunales	33
Capítulo III	Programas de salud municipal: planificación, priorización y evaluación	39
	• 3.1 El modelo de atención	41
	• 3.2 Planificación en salud	43
	• 3.3 Priorización en salud	48
	• 3.4 Programas de salud y programación local	50
Capítulo IV	Relación de los usuarios con el sistema de salud municipal	53
	• 4.1 La presión de la demanda	55
	• 4.2 Los usuarios del sistema	56
	• 4.3 Sistemas de Admisión de la Demanda	60
	• 4.4 La participación de los usuarios y la satisfacción usuaria en el servicio de salud municipal	62
Capítulo V	Gasto per cápita	67
	• El financiamiento del servicio de salud municipal	69

índice

La salud en Chile. Marco institucional y definiciones preliminares



Este capítulo informa sobre el marco de propósitos, lineamientos políticos y estrategias de la salud en Chile, de acuerdo a la situación actual de la salud de la población. También describe la organización del sistema de salud.

Finalmente, define la Atención Primaria, en particular como proceso relevante en el mejoramiento de la calidad de vida de los chilenos. Concluye con la enunciación de los principales desafíos que debe enfrentar la provisión de servicios para hacer eficiente dicho proceso.

1.1 ¿Qué es la salud?

► La Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso hace más de 25 años una definición de salud basada en el bienestar y no en la ausencia de enfermedad.

Salud es un completo estado de bienestar físico, mental y social del individuo, la familia y de la sociedad en su conjunto. Constituye un bien social, un derecho de la humanidad y es componente esencial de la calidad de vida y del crecimiento y desarrollo integral de un país.

Esta definición –si bien ha sido aceptada por todas las naciones– no necesariamente ha ido acompañada de los cambios en los modelos de atención de salud existentes. Por otra parte una visión actualizada de salud debe incorporar a la definición anterior los siguientes elementos:

- El estado de salud es aquel que posibilita el desarrollo plenipotencial de las personas, en el marco de lo individual, de lo familiar y de lo social.
- El estado de salud tanto desde la perspectiva individual como social, debe realizarse en armonía con la preservación del medio ambiente.
- Salud es un proceso dinámico que se mueve permanentemente entre los polos opuestos de salud–enfermedad, que está socialmente determinado en estrecha vinculación con los procesos productivos. Esto significa que cada grupo social en particular, tiene su propia manera de enfermarse.

En síntesis, la salud es una realidad social, un fenómeno social, un proceso social y un problema social. Esto implica reconocer que para enfrentar los problemas de salud se requiere intervenir tanto sobre los factores causales y sus condicionantes de naturaleza cultural, social, económica y política como sobre algunas de sus manifestaciones de efecto representados por los indicadores de enfermedad.

En consecuencia, la salud es necesariamente una responsabilidad compartida donde la persona, la familia, la comunidad, el municipio, el sistema de atención de salud, el Gobierno, el Estado y todos los otros sectores sociales tienen la potencialidad de influir en ella.

► El desafío de los próximos años es elevar el nivel de salud de toda la población, contribuyendo así a mejorar su calidad de vida. Este desafío incluye superar problemas que han estado presentes por décadas y otros que han surgido con el desarrollo del país.

La situación de salud en Chile es heterogénea, lo que se expresa en las diferentes realidades que vive la población: hay localidades altamente urbanizadas y otras rurales, con diferentes climas, con diferentes grados de desarrollo y por consiguiente diferentes perfiles de daño en salud. Dentro de esta situación heterogénea, la variable que aparece como más importante es el acceso a los bienes y servicios básicos.

La tabla siguiente muestra los cambios observados en la mortalidad general, infantil, neonatal y materna para el país y los años 1990 a 1996.

1.2 Situación de salud en Chile, en la década del 90

Tasas de mortalidad por residencia en Chile

Año	General ¹	Infantil ²	Neonatal ²	Materna ³
1990	6,0	16,0	8,5	—
1991	5,6	14,6	7,9	3,5
1992	5,4	14,3	7,7	3,1
1993	5,5	13,1	6,9	3,4
1994	5,4	12,0	6,8	2,5
1995	5,5	11,3	6,2	—
1996	5,5	11,1	6,3	2,5

¹ Muertes por mil habitantes

² Muertes por mil nacidos vivos

³ Muertes por 10.000 nacidos vivos

SITUACION DEMOGRAFICA

Basados en el censo de 1992 la población total estimada para Chile en 1997 era de 14.622.345 habitantes, con una tasa de crecimiento vegetativo de 1,73% anual, lo que en otras palabras significa que cada año la población aumenta en más de 200.000 personas. La tasa de natalidad descendió de 23,3 por 1.000 habitantes en 1990 a 19,3 por 1.000 habitantes en 1996.

Chile se encuentra en una etapa intermedia de transición demográfica, lo que significa que si bien existe una importante proporción de población joven e infantil, la población adulta y senescente está creciendo proporcionalmente más. La esperanza de vida al nacer ha aumentado de 57,1 años en la década del 60 a 75,2 para el período 1995–2000. Los hombres tienen una expectativa de vida de 72,3 años y las mujeres de 78,3 años.

La tasa de natalidad se ha estabilizado en alrededor de 19,3 por mil habitantes. Cabe hacer notar que la tasa de fecundidad ha descendido en forma marcada desde 1965, con excepción del grupo de mujeres entre 15 y 19 años, lo que se expresa en una mayor proporción de embarazos en adolescentes.

El 56% de la población reside en ciudades de más de 100.000 habitantes y un 22% en ciudades entre 5.000 y 100.000 habitantes. El Gran Santiago concentra el 31% del total de habitantes del país, lo que sumado a la alta frecuencia de pobreza urbana plantea grandes necesidades de atención de salud en los cinturones marginales de las ciudades.

La escolaridad incompleta, especialmente de las mujeres, así como su progresiva incorporación a la fuerza de trabajo con los cambios en los estilos de vida familiar que conlleva, determinan mejores riesgos para la salud de niños y mujeres.

INDICADORES DE SALUD

Con respecto a la evolución de la situación de salud de la población chilena, uno de los indicadores que merece ser destacado en una perspectiva histórica, lo constituye la comparación del riesgo de muerte para un periodo de tiempo determinado.

La siguiente tabla compara las variaciones del riesgo de muerte, en porcentajes, de diversos tipos de patologías en Chile entre los años 1975 y 1985 (E. Medina, 1991).

% Reducción	Enfermedades
80-89	Sarampión
70-79	Abortos - Tifoidea - Neumonía - Desnutrición
60-69	Tuberculosis - Maternas - Otras infecciones transmisibles - Mortalidad fetal
50-59	Problemas Perinatales
30-39	Accidentes no tránsito - Cardiopatía Reumática - Enfermedades del sistema nervioso central - Cáncer gástrico
20-29	Accidentes del tránsito - Otras enfermedades metabólicas
10-19	Malformaciones congénitas - Suicidios
0 - 9	Hipertensión arterial - Enfermedades genitourinarias - Cáncer del cuello uterino - Diabetes mellitus
% Aumento	
0 - 9	Accidentes vasculares encefálicos - Otros tumores malignos
10-19	Cirrosis hepática
20-29	Cardiopatía coronaria - Otras enfermedades circulatorias
30-39	Cáncer pulmonar
50-59	Homicidios
70-79	Cáncer de la vesícula biliar
90-99	Bronquitis obstructiva crónica

Con el propósito de mejorar los criterios de priorización programática, en los últimos años el Ministerio de Salud ha desarrollado indicadores que pueden ser utilizados a nivel nacional, regional y local. Entre éstos destacan los Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVISA), que mide el daño que producen las enfermedades.

Otro indicador es el de los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) que puede ser usado como apoyo a la priorización local de problemas de salud. Este indicador permite estimar el impacto de las distintas causas de muerte dentro de una comunidad, perfeccionando la visión que se obtiene con las tasas de mortalidad, debido a

1.3 Políticas de salud en Chile

que incorpora el horizonte de años perdidos por defunción como un criterio de priorización de las causas de muerte.

Entre 1985 y 1995 la pérdida de AVPP muestra una clara tendencia a la declinación, con un 25% de disminución sobre la cifra inicial. Esta baja es principalmente producto de la disminución de las muertes en menores de 5 años y de una mejoría en la condición de las mujeres. En este período prácticamente no se observa impacto en las edades superiores a 60 años, a diferencia de lo que ocurre en países desarrollados, donde este tramo de edad es el que experimenta los mayores incrementos en su esperanza de vida.

En resumen, de acuerdo a estos antecedentes, nuestro país requiere preparar los servicios de salud para atender el aumento de necesidades de atención de la población adulta y senescente y al mismo tiempo debe mantener protegida a la población más joven.

■ En la actualidad Chile avanza en la configuración de un esfuerzo integrador fundado en una concepción solidaria y democrática de la vida social, lo que significa hacer efectiva la equidad, la solidaridad, la participación social, la eficiencia social y el respeto por la dignidad de las personas como principios orientadores de la política social.

La salud es reconocida en la Constitución Política como un derecho de todos los chilenos, en el cual el Estado “asegura a todas las personas el derecho a la vida y a la integridad física y síquica de la persona” (artículo 19 N°1). Para ello debe existir igualdad de oportunidades (artículo 19 N°2) en el acceso a la protección de la salud individual y comunitaria.

Igualmente se acepta que el cuidado de la salud constituye una política de Estado. Este asume su rol desde la perspectiva que la salud es un derecho humano y universal, debiendo por tanto implementar una política dirigida a crear condiciones de salud compatibles con el pleno ejercicio de este derecho.

Por otra parte el perfil epidemiológico actual, expresado en causas de morbilidad y mortalidad, está estrechamente vinculado a estilos de vida y de trabajo de las personas y a sus conductas individuales, además de las condiciones relacionadas con los procesos productivos y el modelo de desarrollo económico y social. Siendo la salud un derecho humano, universalmente reconocido, al cual los individuos deben acceder en condiciones de equidad se hace necesario que éstas reconozcan que el ejercicio de tal derecho conlleva el deber ineludible de contribuir a su logro con hábitos de vida personal y social adecuados. En otras palabras la salud es, además de un derecho, un deber.

En este contexto la política gubernamental de esta década ha establecido como objetivos ineludibles en salud:

- Hacer justicia en salud, reduciendo las actuales diferencias en el nivel de salud, en el acceso y la calidad a nivel de la promoción, prevención y atención de salud que existe entre los chilenos.

- Dar más años a la vida, disminuyendo las muertes evitables y aumentando las expectativas de vida de los chilenos.
- Dar más salud a los años, que los años de vida sean más plenos a través del desarrollo y uso de capacidades físicas y mentales de las personas para vivir saludablemente y aspirar a una vida feliz.

La política de salud es coherente con la política económica y social, la que aspira por una parte a un desarrollo estable de la economía y simultáneamente a una mejora significativa de las condiciones de vida de los sectores más postergados, procurando equilibrar los objetivos de crecimiento económico y de equidad social.

En consecuencia con lo anterior, los postulados básicos que sustentan la política de salud son:

- **Solidaridad**
Siendo la salud un derecho universal y teniendo los ciudadanos distintas condiciones económicas y sociales, este principio opera en función de garantizar la contribución de todos y cada uno de los sectores que conforman la nación, trabajadores, empleadores y Estado a garantizar un adecuado nivel de salud al conjunto.
- **Equidad**
Todos los individuos, con independencia de su condición económica y/o social, de sus afinidades políticas, culturales, religiosas, de consideraciones de tipo racial, de sus afinidades sexuales, podrán acceder a un sistema de cuidados de la salud que les garantice un nivel compatible con el desarrollo pleno de sus capacidades.
- **Integralidad**
Este principio implica el desarrollo de acciones de fomento, promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud dirigidas al individuo, grupo familiar, comunidad y ambiente que los rodea.
- **Modernidad**
El sistema de salud debe considerar como condición necesaria la modernización tecnológica y científica así como de la administración en salud incorporando aquellos elementos que permitan mejorar la eficiencia y eficacia del quehacer en salud en los ámbitos público y privado.

Para hacer realidad estos principios y construir un modelo de salud adecuado a las necesidades y realidades del presente se requiere de un conjunto de estrategias generales y otras de carácter más específico.

ESTRATEGIAS GENERALES

- **Descentralización**

La experiencia ha ratificado la necesidad de descentralizar la gestión del Estado en salud, sin embargo, en la práctica esto ha significado principalmente entregar a las municipalidades la administración de los bienes y de los recursos humanos, manteniendo el Ministerio de Salud la tuición técnica del nivel primario de atención de salud. A este respecto, es necesario recordar que la descentralización de la administración del Estado es un proceso iniciado a mediados de la década de los años 70, y que aún no ha sido terminado. Más adelante revisaremos sucintamente este proceso y su manifestación en salud.

Una verdadera descentralización supone la entrega del poder de decisión y de gestión a los niveles regionales y locales, incluyendo además de la responsabilidad en la toma de decisiones una asignación de recursos financieros y humanos, así como el desarrollo de capacidad técnica para la gestión.

Una efectiva descentralización supone instalar 'la red de servicios de salud' que incorpora a todos los agentes y establecimientos de una determinada jurisdicción territorial y cuyo objetivo es responder y resolver la gran mayoría de las necesidades de atención de salud de la población que vive en esa jurisdicción. El concepto de red debe reemplazar el de niveles de atención ya que posee un carácter diferente orientado a instituir la integración y coordinación de los diversos agentes y establecimientos que la conforman. Las relaciones entre los componentes de la red son más bien complementarias y solidarias en torno a una responsabilidad compartida. Cada componente de la red aporta su especialidad, la cual cobra sentido en la medida que se relaciona con otro componente de ella que la complementa.

- **Participación social**

Si se acepta que la salud es un derecho y un deber del individuo, es necesario crear las condiciones que garanticen la participación del individuo, socialmente organizado, en el proceso de gestión de la salud en todos los niveles del sistema. Dicha participación debe incluir además la entrega y análisis de la información existente para que la misma sea real y efectiva. La participación debe nutrirse del conocimiento y esfuerzo de la propia comunidad en la identificación y priorización de sus problemas, así como en la formulación, ejecución y evaluación de los programas y proyectos destinados a enfrentarlo.

- **Intersectorialidad**

La salud es un componente importante del patrimonio social, por lo tanto no es posible atribuir la responsabilidad y/o el privilegio de su administración exclusivamente a las autoridades y trabajadores de la salud. El logro de un nivel de salud adecuado, compatible con la dignidad del ser humano, es responsabilidad del conjunto de los sectores que conforman un Estado moderno. La salud como componente del desarrollo global de las personas y comunidades adquiere especial importancia en el espacio local, habitualmente representado por la comuna. En ésta están presentes la mayoría de los sectores vinculados con la salud, lo que da la oportunidad al municipio para actuar como coordinador de políticas y programas beneficiosos de la salud de la población, facilitando y potenciando el quehacer de los diferentes agentes sociales, económicos y culturales.

1.4 Organización del sistema de salud en Chile

Estructura del Sector Salud

Las normas vigentes señalan que 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 sector salud está integrado por instituciones, organismos y entidades pertenecientes al sector público y al sector privado, constituyendo un sistema de salud mixto.

EL SECTOR PUBLICO

Lo integran los organismos que componen el Sistema Nacional de Servicios de Salud creado en virtud del D.L. 2.763 de 1979, y las instituciones y empresas del Estado que cuentan con unidades asistenciales. Este subsector es financiado en más del cincuenta por ciento de su gasto directamente por el Estado.

◆ Sistema Nacional de Servicios de Salud

Está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes:

- Los Servicios de Salud (26)
- El Fondo Nacional de Salud (Fonasa)
- El Instituto de Salud Pública (ISP)
- La Central de Abastecimiento (Cenabast)
- La Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional

◆ Ministerio de Salud (MINSAL)

Le corresponde ejercer la función que compete al Estado de velar por el desarrollo de la salud a nivel nacional y de garantizar a la población:

- El derecho constitucional a la protección de salud
- El resguardo del libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, recuperación de la salud y de rehabilitación de la persona enferma
- La libertad de elegir el sistema de salud estatal o privado al cual cada persona desee acogerse

Al Ministerio de Salud corresponde asumir el rol regulador del Estado en materia de salud, para lo cual cuenta con una herramienta legal de amplias facultades cual es el Código Sanitario que rige todas las materias relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la república, salvo aquellas sometidas a otras leyes.

Para estos efectos el Ministerio de Salud tiene una cobertura nacional y le corresponde formular y fijar las políticas de salud, en conformidad con las directivas que señale el Supremo Gobierno.

Los organismos integrantes legales del Sistema Nacional de Servicios de Salud se relacionan con el ejecutivo a través del Ministerio de Salud y tienen como característica común que son servicios públicos, funcionalmente descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio. Por lo tanto están dotados de facultades administrativas, legales y patrimoniales, para su administración autónoma. Dependen del Ministerio para los efectos de someterse a la supervigilancia de éste en su funcionamiento y cuyas políticas, normas y planes generales deben acatar en relación con el ejercicio de sus actividades.

◆ Los Servicios de Salud

Son los responsables de ejecutar las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud y rehabilitación de los enfermos y de hacer cumplir las disposiciones del Código Sanitario en las materias que les competen. Tienen las mismas características jurídicas que los demás organismos integrantes del Sistema y existen 26 en todo el territorio, incluyendo al Servicio de Salud del Ambiente de la región metropolitana.

Cada uno de los Servicios de Salud tiene un ámbito de acción territorial determinado y son unidades operacionales que brindan prestaciones de salud a través de una red asistencial constituida por hospitales y servicios de urgencia, consultorios de atención especializada de complejidad variable, así como consultorios urbanos y rurales, postas rurales de salud y estaciones médico rurales, servicios de atención primaria de urgencia que en su mayoría dependen de los municipios. En la región metropolitana en los últimos años se han construido Centros de Referencia de Salud (CRS) y Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT) para modernizar la atención de especialidades a nivel ambulatorio.

◆ Fondo Nacional de Salud (Fonasa)

Es el ente financiero encargado de recaudar el aporte de la población cotizante, administrar y distribuir los recursos estatales destinados a salud, en conformidad con las políticas, planes y normas que establezca el Ministerio.

◆ Instituto de Salud Pública (ISP)

A este organismo le corresponde servir de Laboratorio Nacional y de referencia, normalizador y supervisor de los laboratorios de salud pública que determine el Minsal, así como ejercer el control de calidad de medicamentos y demás productos sujeto a control sanitario.

◆ Central de Abastecimiento (Cenabast)

Este organismo tiene como funciones proveer de medicamentos, artículos farmacéuticos y de laboratorio, material quirúrgico, instrumental y demás elementos o insumos necesarios para la ejecución de acciones de salud.

◆ Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional

A este organismo le corresponde la supervigilancia y control de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre).

◆ Otras instituciones de salud del sector público

Algunas instituciones y empresas del Estado tales como: Gendarmería, Fuerzas Armadas y de Orden, Empresa Nacional del Petróleo y Universidad de Chile, entre otras, cuentan con servicios de salud para dar atención a su personal y sus cargas familiares. Estas instituciones aunque tienen financiamiento estatal no forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud, y por lo tanto tienen autonomía y de gestión respecto a las normas y directivas del Minsal.

EL SECTOR PRIVADO

El subsector privado, de acuerdo a sus fines, se puede agrupar en instituciones prestadoras de acciones de salud e instituciones financiadoras.

◆ Instituciones prestadoras de servicios de salud

Corresponden a instituciones de carácter benéfico tales como: Cruz Roja, Corporación de Ayuda al Niño Limitado (Coanil), iglesias de diferentes credos, organismos no gubernamentales, etc., que realizan en forma prioritaria prestaciones ambulatorias.

Personas y entidades que de modo individual o colectivo brindan prestaciones de salud en forma particular, recibiendo un pago por sus servicios. Se incluyen en este rubro los consultorios de los médicos, los centros médicos, las clínicas, hospitales, laboratorios, centros especializados de diagnóstico y las farmacias.

◆ Instituciones que financian prestaciones

Las más importantes en este ámbito son las Instituciones de Salud Previsional (Isapre).

Las Isapre son entidades privadas que administran un seguro para financiar las prestaciones médicas y los subsidios por incapacidad laboral, con cargo a la cotización obligatoria para salud, de los trabajadores que deseen incorporarse a los planes de salud que ofrecen. Un número creciente de Isapre, sin perjuicio de financiar las prestaciones, cuentan con establecimientos y profesionales que efectúan la atención directa a los beneficiarios. Las Isapre abiertas están orientadas a trabajadores de cualquier empresa y las Isapre cerradas están ligadas por propiedad o finalidad a una empresa en particular o a un grupo de empresas.

◆ Las mutualidades de empleadores

Administran el seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales, y se encargan de la prevención de estos riesgos además de prestar atención médica y de rehabilitación a los accidentados y otorgar los subsidios correspondientes a sus cotizantes. Estos organismos administradores son: la Asociación Chilena de Seguridad, la Cámara Chilena de la Construcción y el Instituto de Seguridad del Trabajo.

1.5 La Atención Primaria de Salud en Chile

■ La Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud realizada en Alma Ata en 1978 definió a la Atención Primaria como una estrategia orientada a lograr el estado de bienestar individual y colectivo.

Atención Primaria

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 las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Teniendo presente los enunciados anteriores 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.
- Son componentes estratégicos de la Atención Primaria de Salud el desarrollo local, la gestión participativa, la participación social, la mantención de la salud, la prevención y control de riesgos, el autocuidado y la integración de los niveles del sistema de salud.

Para hacer realidad la definición anterior, se requiere adecuar la provisión de servicios de salud a los cambios que experimenta la sociedad chilena.

Desafíos para la readecuación de la provisión de servicios

- 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 más costo-efectivas, relevar las acciones de promoción y prevención y aumentar los grados de participación social en la definición de las acciones a ejecutar.
- Modificar el modelo de atención con el fin de poner al servicio de las personas un sistema de salud adaptado a sus necesidades, con un enfoque integral respecto al proceso de salud y enfermedad, orientado hacia la familia y comunidad y centrado especialmente en la prevención más que en la recuperación de la salud.
- Mejorar el área administrativa y de gestión, profundizando la descentralización y la incorporación de mecanismos más modernos de gestión, especialmente en el ámbito público. Establecer políticas de formación de recursos humanos y de personal que permitan sustentar la implementación del modelo de atención.
- Lograr adecuados niveles de financiamiento y sistemas de asignación de recursos, con el fin de hacerlos más coherentes con los principios y objetivos del sistema de salud.

I. Documentación básica que debe tener la Municipalidad para la gestión de salud primaria

- a) Ley 18.469. Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.
- b) Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria Municipal.
- c) Convenio de traspaso de los establecimientos de salud a la administración municipal.
Este convenio está suscrito entre el Director del Servicio de Salud respectivo, y el Alcalde de la Municipalidad.
- d) Copia Canasta o Plan Básico de Prestaciones de la Atención Primaria.
Contiene la descripción de actividades a realizar en la atención primaria y los parámetros utilizados por el MINSAL para el cálculo de la subvención per cápita.
- e) Convenio de normalización financiera válido por tres años: mayo 1997 a mayo 2000.
Este convenio lo suscribieron las municipalidades que debían disminuir la subvención per cápita, producto de la disminución de población a atender en su comuna.
- f) Decreto de pago per cápita.
Publicado en el Diario Oficial en el mes de diciembre de cada año, contiene el valor de la subvención per cápita y sus componentes para el próximo año.

II. Documentación básica que debe elaborar la Municipalidad para la gestión de salud primaria

- a) Plan Anual de Salud. Incluye diagnóstico actualizado de salud de la comuna.
- b) Dotación de Personal
- c) Reglamento de Aplicación de la Carrera Funcionaria y sistema de registro de los antecedentes de cada funcionario.
- d) Plan de Capacitación del Personal y reglamento para acceder a los cursos.
- e) Reglamento de Calificaciones del Personal. Incluye Pauta de evaluación del desempeño funcionario.

La municipalización de la salud en Chile



En este capítulo se revisan los aspectos relevantes del proceso de traspaso de la salud al ámbito municipal, en el marco de una política descentralizadora del Estado.

Conjuntamente consigna las atribuciones y responsabilidades que devienen de este nuevo rol de los municipios chilenos.

En este contexto se analizan dos temas principales para el cumplimiento adecuado de esta función municipal, cuales son la salud como una variable de la planificación del desarrollo comunal y la Atención Primaria Municipal con énfasis en las transformaciones necesarias para poner en práctica un nuevo modelo de atención centrado en las personas.

Finalmente se sugiere una metodología de elaboración del Plan Comunal de Salud.

2.1. Descentralización y Atención Primaria de Salud Municipal

■ CONCEPTOS GENERALES

La descentralización es un proceso que implica la redistribución del poder del Estado, desde el Gobierno central a los gobiernos regionales y locales, a fin de desarrollar los espacios subnacionales para que estos enfrenten y resuelvan los aspectos de la vida cotidiana y las necesidades de la población, facilitando la participación y responsabilidad ciudadana. En definitiva implica traspaso de recursos y autoridad.

La descentralización es un proceso político que tiene manifestaciones administrativas. Tal como se ha señalado, implica transferencia de competencias, desde el nivel central a órganos locales, por lo que requiere subdivisión del espacio político. Tiene lugar cuando las decisiones se toman en las entidades locales o regionales, las que a su vez cuentan con los recursos y las facultades para implementar dichas decisiones, y las autoridades a cargo de esas entidades han sido elegidas democráticamente.

Es necesario marcar la diferencia con la desconcentración, que no es un proceso político sino que sólo administrativo, ya que sólo transfiere atribuciones a órganos territoriales del Estado no autónomos, y que no afectan el poder del Estado. Tampoco contempla la participación ciudadana. En síntesis, se afecta el funcionamiento administrativo territorial del Estado, sin tocar la estructura de poder, que sigue centralizado.

La descentralización, entre otras características, hace posible una mayor participación de los niveles locales, permitiendo acercar la toma de decisiones. Supone una mayor eficiencia administrativa, posibilitando además una mayor flexibilidad, dinamismo e innovación en el diseño de las estrategias para buscar solución a los problemas que enfrentan las personas. También supone un mayor compromiso de los servidores públicos con los problemas y necesidades frente a las cuales le toca actuar y convivir, pudiendo aumentar la capacidad resolutive local, permitiendo potenciar las capacidades locales.

Desde luego, la descentralización supone una mayor eficiencia en la asignación de recursos, ya que facilita la focalización y reconoce las diversas y heterogéneas realidades que coexisten a nivel nacional y subnacional, de tal manera que las respuestas elaboradas son correspondientes a las distintas realidades.

De lo anterior se puede concluir que una verdadera y efectiva descentralización debe permitir adecuar las respuestas a las diversas realidades que se puedan encontrar.

FUNCIONES DEL MUNICIPIO

Las municipalidades han sido concebidas por el legislador como “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”. Para dar cumplimiento a ese mandato constitucional, los municipios desarrollan una amplia gama de funciones, las que se pueden dividir en privativas y compartidas.

Las funciones privativas son aquellas que sólo pueden ser cumplidas y desarrolladas por el municipio conforme a las leyes y a las normas técnicas de carácter general que dicten los ministerios cuando corresponda. Estas funciones son:

- Aplicar las disposiciones sobre transporte y tránsito público dentro de la comuna.
- Aplicar las disposiciones sobre construcción y urbanización.
- La planificación y regulación urbana de la comuna y la confección del Plan Regulador Municipal.
- El aseo y ornato de la comuna.
- La promoción y el desarrollo comunitario.
- Elaborar, aprobar y modificar el plan de desarrollo comunal, cuya aplicación deberá armonizar con los planes regionales y nacionales.

Las funciones compartidas son aquellas que ejercen los municipios directamente o con otros órganos de la Administración del Estado, estas son:

- La asistencia social
- La salud pública
- La protección del medio ambiente
- La educación y la cultura
- El deporte y la recreación
- El turismo
- El transporte y tránsito público
- La vialidad urbana y rural
- La urbanización
- La construcción de viviendas sociales e infraestructura sanitarias
- La prevención de riesgos y la prestación de auxilio en situaciones de emergencia
- El desarrollo de actividades de interés común en el ámbito local.

FINANZAS MUNICIPALES

Los recursos con que cuentan los municipios para desarrollar las funciones encomendadas, expresados en ingresos, se pueden dividir en:

- Ingresos Propios Permanente, provenientes de:
 - Impuesto territorial
 - Permisos de circulación
 - Patentes municipales
 - Derechos de aseo
 - Derechos varios
 - Fondo común municipal
 - Rentas e inversiones
 - Multas e intereses
- Ingresos Propios No Permanentes:
 - Venta de activos
 - Endeudamiento
 - Operaciones de años anteriores
 - Saldo inicial de caja
- Transferencias:
 - Del sector público (Educación, Salud y otros)
 - Del sector privado

Las transferencias del sector público para la gestión de los servicios de educación y salud son condicionadas a la prestación de esos servicios: la administración de los servicios queda a cargo de los municipios, que la financian íntegramente, suplementando con ingresos propios todo el gasto no cubierto por la transferencia estatal.

EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION EN CHILE Y SU APLICACION EN LOS GOBIERNOS LOCALES

Los municipios de nuestro país han tenido, desde sus orígenes, variados ámbitos de acción que incluían funciones tan diversas como la instrucción pública, la asistencia sanitaria, el transporte público y la seguridad pública.

Conforme el Estado fue aumentando y mejorando los servicios para el bienestar de la población, se fueron articulando grandes servicios públicos homogéneos en estructura y dependencia para todo el país.

En tanto ello ocurría, los ámbitos de acción del municipio fueron también cambiando en el tiempo. A mediados de la década de los 70, los municipios se encontraban desarrollando funciones referidas principalmente a la administración del territorio en los ámbitos relativos a la regulación de la construcción, tránsito vehicular, el aseo, ornato de comuna, higiene ambiental, etc.

La tendencia centralizadora de la gestión de servicios, observada en las tres décadas anteriores, comienza a revertirse desde el Estado, con la dictación de una serie de normas destinadas a desconcentrar la gestión del Estado.

A partir de 1974, a través de la dictación del Decreto Ley N° 573, y como parte de una política de modernización del Estado, comienza la implementación de una serie de cambios en la estructura política y administrativa, sobre la base de una reorganización territorial, dando origen a 13 regiones y 51 provincias. Ese mismo Decreto considera a las municipalidades como órganos territorialmente descentralizados.

Continuando con ese proceso, en 1976, mediante Decreto Ley N° 1.289, se entrega a las municipalidades las facultades que posibilitan una participación más influyente en el desarrollo local, mediante la gestión de servicios, lo que da paso a amplias tareas y funciones que potencialmente posibilitan el desarrollo económico-social en su territorio.

En forma paralela se lleva adelante un proceso de desconcentración en la administración interior del Estado, mediante la aparición de las Secretarías Regionales Ministeriales, generando a la vez instrumentos que concretan la voluntad política del legislador, como es el caso de la creación del Fondo Nacional de Desarrollo Regional y de la Subsecretaría de Desarrollo Regional. Al mismo tiempo se fueron ampliando las competencias de las municipalidades, conjuntamente con sus responsabilidades y recursos. Todo este proceso fue acompañado de cambios financieros y administrativos, que les dotó de cierto grado de autonomía.

A fines de esa década se reorganiza el Ministerio de Salud, creando los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Esa reorganización se llevó a cabo considerando la necesidad de adaptar la estructura nacional a las políticas de regionalización.

El Sistema Nacional de Servicios de Salud reemplazó al Servicio Nacional de Salud y fue conformado por 26 Servicios de Salud, algunos de ellos de carácter regional y otros subregionales, dotados cada uno de ellos de patrimonio propio y autonomía jurídica, constituyéndose en entidades descentralizadas, con responsabilidad en la toma de decisiones en el ámbito de su competencia para el territorio de su jurisdicción.

En 1980 se inicia el proceso de descentralización en el ámbito comunal de los servicios de Educación, Atención de Salud de Nivel Primario y Atención de Menores. El sistema de financiamiento implementado para esos servicios fue por la vía de transferencias desde el Gobierno central a los municipios en la forma de subvención por prestaciones otorgadas. Junto a lo anterior, los trabajadores que laboraban en los servicios que fueron traspasados a administración municipal quedaron regidos por el Código del Trabajo.

La municipalización del Nivel Primario de Atención se inició en 1980, en virtud del DFL 1-3-063, del Ministerio del Interior. Este proceso involucró en una primera etapa al 35% del total de establecimientos (consultorios generales urbanos, rurales y postas de salud rural). Con la municipalización de la Educación, el Nivel primario de Salud y la Atención de Menores, éstas pasaron a ser funciones compartidas del municipio. En diciembre de 1987 se finalizó el proceso, con lo que 308 comunas de las 335 existentes quedaron administrando ese servicio.

Las premisas consideradas para efectuar el proceso de municipalización fueron (Giacconi, 1985):

- a) *Descentralizar al máximo la ejecución de las acciones de salud, llevándolas a nivel comunal.*
- b) *Mejorar el control y la fiscalización de establecimientos muy alejados de las jefaturas de las direcciones de los Servicios del Sistema Nacional de Salud.*
- c) *Adecuar los programas de salud a las necesidades sentidas de la población.*
- d) *Permitir la canalización de fondos municipales para la operación de los establecimientos y mejorar su infraestructura.*
- e) *Hacer posible una mayor participación comunitaria en la base social.*
- f) *Permitir una mejor integración multisectorial, en especial con los sectores de educación, vivienda, trabajo, saneamiento ambiental, etc.*

A partir de 1990, y como consecuencia de los cambios políticos producidos en el país, se introducen nuevos cambios a la gestión municipal, que mantienen el principio de descentralización, aunque no siempre respetan la autonomía municipal, particularmente en lo relativo a la relación laboral entre la entidad administradora y los trabajadores que se desempeñan en los servicios.

En el sistema de financiamiento de la Atención Primaria Municipal se modifica la Facturación por Atenciones Prestadas (FAPEM), por el sistema de capitación, que discrimina los municipios de acuerdo a su condición de urbano o ruralidad, y el grado de dependencia del Fondo Común Municipal (pobres o no pobres).

2.2 Atribuciones y responsabilidades del Municipio frente a salud

■ El gobierno local ha asumido un rol protagónico en el desarrollo integral de su comuna como resultado de una profunda transformación en la concepción del Estado sustentada en el principio de la descentralización.

El DFL 1-3 de 1980 materializa el traspaso de los establecimientos de nivel primario a las municipalidades y cuyos objetivos están planteados en el punto anterior.

En 1981 y mediante convenios de traspasos suscritos entre el Ministerio de Salud y los municipios se concreta la implementación de la política de descentralización. Mediante este convenio, cada parte involucrada adquiere compromisos:

Municipalidad

- Asegurar el funcionamiento permanente de los establecimientos a su cargo.
- Otorgar todas las prestaciones propias de los Servicios de Salud a los beneficiarios legales o convencionales.
- Dar cumplimiento a las normas, planes y programas que establece el Ministerio de Salud.
- Mantener, a lo menos, la calidad de la atención que brindaban estos establecimientos antes de ser traspasados.
- Observar el ritmo de desarrollo que alcancen los establecimientos similares que continúen formando parte de los Servicios de Salud.
- Sujetarse a la supervisión técnica del Ministerio de Salud.

Servicios de Salud

- Transferir, junto con los establecimientos, los elementos necesarios para las prestaciones de salud que deban otorgar, sean éstos personal, bienes muebles, equipos, instalaciones y recursos financieros.
- Entregar las instrucciones que, enmarcadas en la política ministerial, permitan programar las actividades de cada establecimiento.
- Supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de las políticas, normas y programas emanados del Ministerio de Salud.
- Aportar los procedimientos de apoyo diagnóstico que son menester para el cumplimiento de las funciones traspasadas.
- Ejecutar las acciones de salud que, por su complejidad, no pueden ser resueltas en el nivel primario y que éste le refiera.

Con posterioridad al inicio del proceso de traspaso de establecimientos de atención primaria a los municipios, el Ministerio de Salud elaboró un manual de procedimientos en mayo de 1982, en el cual se incluyen las condiciones del convenio, definición de beneficiarios, programas de salud en vigencia, definición de actividades asistenciales de apoyo diagnóstico y aspectos administrativos de la operación. Igualmente define las responsabilidades de los Servicios de Salud para con los establecimientos municipales.

En 1995 se promulga la Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal que norma la administración, financiamiento y coordinación de los establecimientos de atención primaria de salud. Imparte instrucciones que abordan la relación laboral, carrera funcionaria, deberes y derechos del personal que ejecute acciones de atención primaria de salud.

Este cuerpo legal persigue homogeneizar la administración de los servicios de salud

2.3 Salud en el contexto del Desarrollo Comunal

primaria en todo el país, sin embargo, su aplicación ha demostrado que no se adapta a la heterogeneidad de las municipalidades de nuestro país y debe ser modificado.

■ La salud como componente del desarrollo adquiere especial importancia en el espacio local, representado por la comuna. En el espacio comunal están representados la mayoría de los sectores vinculados con la salud, permite al municipio actuar como coordinador de políticas y programas beneficiosos para la salud de la población. Este cambio implica la articulación de redes de trabajo que integren al sector público y privado de salud.

Las municipalidades hacen compromisos con la comunidad a través de diversos instrumentos de planificación: Plan de Desarrollo, Plan Regulador, Plan Operativo Anual, Plan Anual Educativo Municipal (PADEM), Plan Anual de Salud Municipal, todos los cuales permiten, sobre la base de la perspectiva de la gestión alcaldía, orientar los recursos, priorizar las iniciativas de inversión a través de proyectos y programas de intervención local, direccionando el presupuesto municipal de carácter anual.

Es relevante, entonces, que la acción que desarrolla el servicio de salud municipal sea no sólo coherente con los diversos planes comunales, sino que constituya un aporte en el mejoramiento del estado de salud de la población.

El buen estado de salud de los individuos y las comunidades en su conjunto es un capital que posibilita que las políticas de desarrollo a nivel nacional y comunal tengan éxito. Es necesario, entonces, hacer el proceso de planificación comunal desde la interrogante: ¿cuál es el aporte que el servicio de salud municipal hace al bienestar de la población atendida en este municipio?

Este cambio en el enfoque de trabajo de los servicios de salud primaria se da en el contexto nacional de un cambio en el sistema global de salud. Este proceso de cambio está orientado a responder a las actuales necesidades de la población, reemplazando los actuales modelos de intervención por modelos orientados fuertemente a la promoción de la salud y la prevención del daño.

Proponer y ensayar nuevos paradigmas significa repensar en qué forma, en cómo la sociedad enfrenta el mejoramiento de la salud como parte del desarrollo con equidad y solidaridad. Estos desafíos se lograrán con un conjunto de medidas tendientes a generar un cambio educativo-cultural que debe iniciarse ahora y que tomará a lo menos un periodo generacional para apreciar sus resultados. Además, se deben orientar acciones destinadas a modificar la organización de los servicios, a la incorporación de nueva tecnología, y de instrumentos de gestión más eficientes y eficaces.

Promover el buen estado de salud constituye una responsabilidad compartida donde las personas, en primer lugar la familia, la comunidad, el Municipio, el Estado y el sector privado y todos los sectores sociales, tienen la potencialidad de influir. La autorresponsabilidad (autocuidado) es la base para la protección y fomento de la salud; el Estado debe garantizar el acceso a los servicios; el trabajo intersectorial y la participación social asumir roles de acuerdo a sus áreas de competencia.

2.4 Políticas de salud comunales

En síntesis, el municipio actual juega un rol protagónico en la generación de un nuevo modelo de cuidados de la salud aportando a:

- Mejorar la calidad de vida de los chilenos asegurando el Estado el derecho al acceso a la salud a la población en general, otorgándole primera prioridad a los sectores de extrema pobreza.
- Hacer de la Atención Primaria una estrategia de desarrollo, para coadyuvar a elevar el nivel de vida de la población.
- Reestructurar el Sistema de Salud para alcanzar esta nueva visión de salud.

■ Los propósitos y estrategias enunciadas se deben reflejar en un instrumento de planificación, denominado “Plan de Salud Comunal”.

Este plan, si bien según la norma legal vigente debe ser presentado y aprobado anualmente, ha de plantearse en una perspectiva de tiempo mayor de un año, toda vez que se pretende integrar el quehacer en salud primaria como aporte al desarrollo local.

Contenidos del Plan de Salud

En la Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, se señalan:

1. Lineamientos de una política comunal de salud.
2. Diagnóstico comunal participativo de salud actualizado.
3. Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente.
4. El escenario más probable para la salud comunal en el período a programar.
5. Asignación de prioridades a los problemas señalados.
6. Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, que incluyan: acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa, y acciones curativas.
7. Indicadores de cumplimiento de metas programadas.

Las políticas nacionales de salud, en forma creciente, apuntan a señalar los resultados que el Estado en su conjunto debe lograr para la población del país, quedando bajo la responsabilidad de los operadores de los servicios de salud el diseño e implementación de la aplicación de estas políticas.

Se requiere, por tanto, que cada comuna diseñe sus propias políticas de salud primaria, dentro del marco de políticas nacionales de salud.

Las políticas son planteamientos conductores que orientan los propósitos estratégicos y las líneas de acción, constituyen guías para la acción. Luego a través del proceso de planificación, se traducen en un conjunto de programas y metas de trabajo.

El Plan de Salud es, entonces, un conjunto de toma de decisiones respecto al futuro deseable, en función de las cuales se invertirán recursos, se establecerán metas, se organizarán los programas de intervención pertinentes para alcanzarlas y se evaluarán los logros y fracasos.

La forma en que se efectúe este proceso de toma de decisiones influirá significativamente en el éxito de la ejecución de lo planificado, es por ello que se recomienda que el proceso se haga en diálogo y colaboración con los actores que para la realidad local se consideren pertinentes, de modo que cada decisión sea consensuada y creíble para quienes tienen que actuar comprometidos en la gestión de salud municipal.

Como una forma de ordenar y sistematizar el proceso de discusión que culminará en la elaboración del Plan de Salud se sugiere la siguiente metodología:

GUIA DE DISCUSION PARA LA ELABORACION DEL PLAN DE SALUD

Organizar grupos de discusión que involucren a todos los actores que se consideren pertinentes, en torno a tres grandes etapas:

Etapas de discusión 1: Definición del marco institucional del servicio de salud comunal.

Etapas de discusión 2: Definición de grupos objetivos, priorización de problemas y estrategias.

Etapas de discusión 3: Formulación del Plan de Salud Comunal.

Cada etapa está organizada por preguntas claves que debe responder el grupo para llegar a los productos señalados en cada una de ellas.

ETAPA 1

La discusión deberá permitir lograr los siguientes productos

- *Definición de la misión del servicio de salud municipal*
La misión es una declaración de principios, que deberá reflejar cuál es la valoración que el municipio hace del estado de salud de los habitantes de su comuna, necesidades que pretender cubrir y la viabilidad de actuar sobre este estado.
- *Diagnóstico del estado actual de la organización de salud*
Fortalezas y debilidades internas y externas para llevar a cabo la misión propuesta.

Preguntas claves para orientar la discusión

El objetivo es lograr que los actores involucrados en la discusión hagan una definición conjunta de la política de salud municipal pertinente para su comuna.

1. ¿Cuál será la misión asignada al servicio de salud municipal? ¿Cómo se integra el aporte de la salud primaria al Plan de Desarrollo Comunal?
2. ¿Hasta dónde llega la responsabilidad y capacidad de solución de la municipalidad frente al estado de salud de las personas de su comuna?
3. ¿Quiénes son los usuarios del servicio de salud comunal? ¿De qué edades son, qué tipo de actividad desarrollan, cuáles son sus expectativas?
4. ¿Cuál es la política municipal respecto a la participación deseable de la comunidad en la gestión de los servicios de salud prestados?
5. ¿Cuál es el ámbito de acción? ¿En qué es irremplazable el servicio de salud municipal? ¿Qué actividades harían mejor otras unidades municipales? ¿Qué acciones haría mejor el sector salud municipal, y no otras unidades municipales?
6. En función de la misión asignada al servicio de salud municipal, ¿cuánto está dispuesto el municipio a invertir? ¿Está dispuesto a mantener el actual nivel de traspaso para la operación del gasto; a realizar nueva inversión? ¿Bajo cuáles criterios? Ej.: Según proyectos específicos de salud; por mejoramiento de la productividad de los recursos humanos u otros.
7. ¿Qué otros actores influyen positiva o negativamente en la ejecución de las acciones del servicio de salud municipal.
8. ¿Cuál es la política general de administración impulsada por el municipio respecto de salud? ¿Hay disposición para descentralizar decisiones hacia los Centros de salud? ¿Opta por fortalecer direcciones centrales? ¿Quién negociará con el Servicio de Salud Ministerial, en representación de la municipalidad?
9. ¿Cuál es el estado actual de la organización de salud municipal, cuáles son sus fortalezas y sus principales problemas? ¿Qué factores influyen en la mantención o cambio de las fortalezas y de los problemas identificados?

ETAPA 2

Producto esperado

Diagnóstico de salud comunal, que debe permitir la priorización de grupos de población y problemas de salud a intervenir.

Temas claves

1. Indicadores demográficos de la comuna y niveles de salud.
 - Estructura poblacional, migraciones.
 - Natalidad, mortalidad, esperanza de vida.
2. Problemas de salud de la comuna.
 - Características del daño
 - Características de los factores que originan los daños identificados
 - Consecuencias de los daños identificados
3. Condiciones de vida de la comuna.
 - Nivel de saneamiento básico
 - Satisfacción de necesidades básicas de vivienda, tipos de vivienda que ofrecen mayor riesgo de salud a las personas.
 - Características del empleo (tipo actividad, tiempos de traslado, estabilidad, cesantía en jóvenes y adultos por sexo, niveles de ingreso).
 - Nivel de escolaridad de las familias.
 - Redes de abastecimiento de las familias pobres (alimentos, combustible, servicios sociales).
 - Condiciones de seguridad ciudadana.
4. Servicios de educación.
 - Cobertura preescolar, básica y media en los beneficiarios y no beneficiarios de salud.
 - Deserción escolar, necesidades de salud de grupo escolar.
5. Caracterización de la oferta de salud municipal.
 - Oferta, demanda, cobertura, adherencia de la población bajo control, satisfacción de demanda del nivel secundario y terciario. Características y tipo de demanda.
 - Red de servicios de salud en la que está inserto el servicio de salud municipal, componentes, organización de la referencia y contrarreferencia.
6. Condiciones de la operación de los establecimientos.
 - Equipamiento e infraestructura disponible. Límites del equipamiento disponible.
 - Recursos financieros: Grado de dependencia de la subvención ministerial, disponibilidad de gasto por persona inscrita, estructura de gasto, límites presupuestarios.
 - Recursos humanos, disponibilidad, rotación, necesidades de cambio, niveles de expertizaje necesarios para la ejecución de las tareas, necesidades de capacitación, condiciones de satisfacción laboral en las que desarrollan el servicio.

En esta fase de discusión se deberá valorizar y priorizar información que arroje el diagnóstico de salud en función de los intereses y necesidades de municipio, de los usuarios, y del Servicio de Salud Ministerial.

Es deseable la activa participación del Servicio de Salud Ministerial ya que representa las prioridades nacionales y regionales sobre el estado de salud deseable a alcanzar para la población del país.

ETAPA 3

Se propone que una vez concluidas las fases anteriores, se inicie el proceso de toma de decisiones final, donde se elabore el documento que exprese el Plan de Salud Municipal. Este Plan debe incluir al menos los siguientes aspectos:

1. Políticas de salud municipal

Describir cómo se inserta el plan de la comuna en las políticas nacionales de salud, hacia dónde apunta, descripción de la imagen objetivo que se pretende alcanzar en el largo plazo.

2. Areas de intervención o áreas problemas que se intervendrán con el plan

3. Principales intervenciones o líneas de acción a través de las cuales se organizarán los programas de trabajo

Se deben incluir las intervenciones desde el sector salud e intervenciones de otros sectores de trabajo municipal:

- programas nacionales básicos de salud
- programas comunales de salud

4. Políticas de gestión del servicio de salud municipal

- políticas de atención a los usuarios
- políticas de participación de los usuarios
- relación del nivel primario con la red de servicios del sistema público de salud, organización del consultorio
- políticas de recursos humanos. Aplicación ley 19.378, sistema de evaluación, plan de capacitación
- políticas para la asignación de recursos y organización y control del gasto

5. Rol de los actores que ejecutarán el plan

Quiénes hacen, quiénes controlan, quiénes colaboran, quiénes evalúan.

6. Indicadores globales de evaluación del plan

- 1 Muertes por mil habitantes
- 2 Muertes por mil nacidos vivos
- 3 Muertes por 10.000 nacidos vivos



Programas de salud municipal: planificación, priorización y evaluación



Este capítulo está dedicado especialmente a dar orientaciones sobre la planificación de los servicios de salud municipal, en tanto proceso que permite articular las prioridades planteadas a nivel nacional con las específicas de la comuna.

3.1 El modelo de atención

■ Como se señaló en el capítulo anterior, las estrategias e intervenciones que se diseñen en la comuna deben recoger los desafíos del proceso de reforma programática del sistema de salud del país, con el fin 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 más costo efectivas.
- Relevantar las acciones de promoción y prevención.
- Aumentar los grados de participación social en la definición de las acciones a ejecutar.

Características del nuevo modelo

Para hacer efectivos los objetivos y estrategias definidas anteriormente se requiere poner al alcance de la población un nuevo modelo de atención, más moderno y humanizado, orientado a resolver con grados crecientes de integralidad los problemas de salud de los individuos y sus familias, enfocado especialmente hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, sin descuidar el diagnóstico y tratamiento oportuno de la enfermedad cuando ésta se presenta.

- Este modelo de atención debe estar centrado en el usuario.
- Las acciones de promoción de carácter masivo deben ser gestionadas desde los gobiernos regionales, con el fin de evitar el desvío de recursos hacia programas curativos.
- Las acciones de carácter individual y familiar –prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación– serán responsabilidad de los Centros de Salud y más específicamente de los Centros de Salud Familiar, última etapa del proceso de transformación de Consultorio a Centro de Salud.

Estos Centros pasarán a constituir el eje articulador del conjunto de instituciones, públicas, privadas y solidarias, que conformen la red asistencial en su área de influencia, a las cuales podrán acudir los usuarios (previo convenio) para la resolución oportuna y eficaz de los problemas de salud de las familias que estén a su cargo.

En síntesis:

- La concepción del nuevo modelo de atención descansa no sólo en un rediseño organizacional, sino que requiere de equipos de salud capaces de asumir el cuidado de salud de la población a su cargo de manera integral.
- Otra tarea prioritaria es el aumento de la capacidad resolutive de los establecimientos de nivel primario.
- Este modelo requiere de un rediseño y articulación de todas las instancias y organizaciones públicas, privadas y solidarias que componen la red asistencial de salud.
- Los compromisos de gestión representan un acuerdo de metas y objetivos en salud a desarrollar en el mediano plazo, entre las municipalidades y los Servicios de Salud.

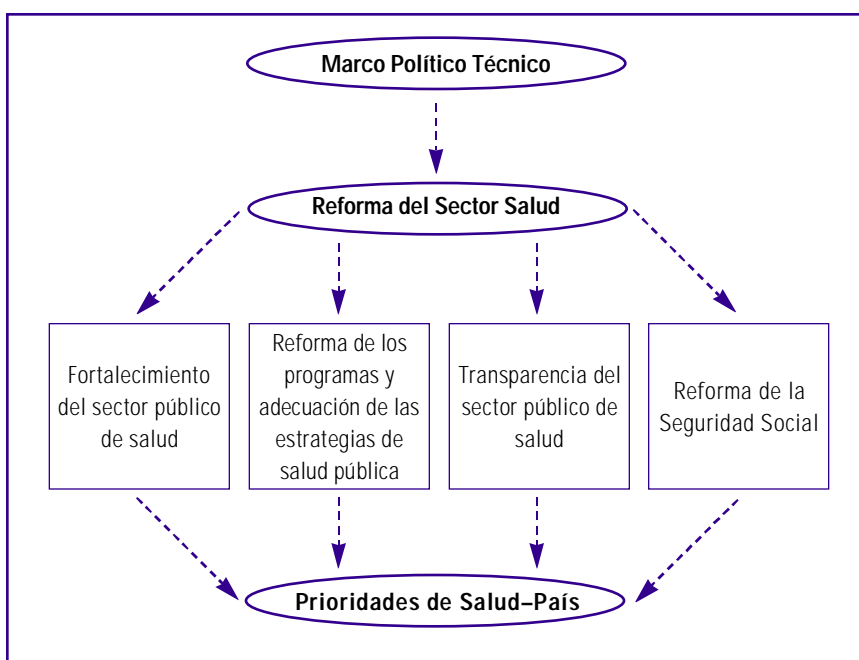
- En forma progresiva cada Centro de Salud deberá responsabilizarse del cuidado de salud de las familias y de cada uno de sus integrantes en lo que se denomina Plan de Salud Familiar.

PROGRAMAS DE SALUD

Los Programas de Salud a nivel de Atención Primaria deben estar en consonancia con el proceso de priorizaciones que forma parte de la Reforma de los Programas y Estrategias de la Salud Pública para el período 1997-2000, actualmente en marcha.

La Reforma Programática

Es un proceso que busca dar respuesta a los cambios demográficos y epidemiológicos, a superar las inequidades y sus consecuencias en salud, a las insuficiencias en la gestión, organización y financiamiento de los sistemas de salud, todo en función de una mayor satisfacción de los usuarios respecto a sus expectativas de salud. Se grafica en el siguiente esquema:



El proceso de priorización, basado en establecer la magnitud del daño, la vulnerabilidad, las posibilidades de evaluar el resultado de las intervenciones desarrolladas y el impacto económico y social, permitió definir 16 prioridades de salud-país, las que incluyen tanto problemas de salud, como factores riesgo y grupos de problemas de salud.

Prioridades de salud en el país (en orden alfabético)

- Accidentes
- Afecciones Congénitas y del Periodo Perinatal
- Cáncer
- Diabetes Mellitus
- Enfermedades Cardiovasculares
- Enfermedades Inmunoprevenibles
- Enfermedades Respiratorias
- Malnutrición
- Salud Bucodental
- Salud Mental
- Salud Ocular
- Salud Ocupacional
- Salud Sexual y Reproductiva
- Tabaquismo, Alcohol y Drogas
- Tuberculosis
- VIH/SIDA – ETS

Del conjunto de 16 prioridades de salud-país, seis de ellas son consideradas metas nacionales y deben tenerse en cuenta en el momento de la programación. A nivel regional las Seremi y el Servicio de Salud deben hacer sus propias definiciones de acuerdo a la realidad local, las que pueden o no ser coincidentes con las prioridades nacionales.

La organización de cualquier sistema sanitario ha de basarse en el conocimiento

A nivel comunal cada municipio debe proponer sus propias prioridades programáticas, manteniendo aquellas que han sido definidas de carácter nacional y por el Servicio de Salud respectivo. Deben reconocerse al mismo tiempo las variaciones y especificidades de las diferentes realidades locales, así como el aporte que cada Centro de Salud se compromete a efectuar para el logro de las metas nacionales.

3.2 Planificación en salud

■ nivel de salud de la población que va atender. Sobre ese conocimiento, una adecuada ponderación de los problemas detectados y la identificación de los diversos factores condicionantes, se articula la oferta de servicios, la que difícilmente dará cuenta de todas las necesidades evidenciadas, pero que sin embargo permita, prioritariamente, definir estrategias y en consecuencia, asignar recursos.

La planificación en salud se desarrolla mediante un proceso racional de definición de prioridades y asignación de recursos con el fin de ejecutar de la manera más eficiente la provisión de servicios de salud. La brecha existente entre la demanda por atención de salud y la disponibilidad efectiva de recursos para satisfacerla obliga a optar entre diversas alternativas.

La planificación de los servicios de salud *no es otra cosa más que un proceso de fijación de objetivos y selección de estrategias para alcanzarlos. La evaluación es el proceso de determinación objetiva y sistemática de la importancia, la efectividad y la eficiencia de las estrategias, en función de los objetivos acordados.*

En este quehacer, la epidemiología, en conjunto con otras disciplinas, proporciona la información que permite elegir cursos de acción basados en un conocimiento razonable de los resultados previsible de las estrategias y su costo.

ETAPAS DE LA PLANIFICACION EN SERVICIOS DE SALUD

La planificación se caracteriza por ser un proceso cíclico, identificándose en este caso, las siguientes siete etapas:

- **Medición o valoración de la carga de enfermedad**

Para aproximarse al conocimiento de la situación de salud de las poblaciones es necesario contar con un adecuado nivel de información de los eventos de salud y los factores asociados a esa condición. La información de salud disponible debe permitir construir indicadores que reflejen con la mayor fidelidad los problemas de salud presentes.

Indicador

Según la OMS un indicador es una variable que sirve para medir cambios. Por medio de ellos, se intenta medir u objetivar sucesos a través de técnicas cuantitativas o cualitativas. Su representatividad permite la toma de decisiones, evaluar resultados, priorizar, verificar cumplimiento de metas, grados de avance, etc.

El indicador, al hacer posible la objetivación de un suceso, permite evaluar el comportamiento del mismo, compararlo con otros, verificar su conducta en el tiempo y en distintas condiciones, fijar un parámetro común y permitir la evaluación y el monitoreo. La observación de un suceso o evento puede efectuarse con uno o más indicadores. De la misma forma, un mismo indicador puede utilizarse para medir más de un evento o situación.

Tradicionalmente se mide la carga de enfermedad por medio de indicadores de daño (prevalencia, incidencia, mortalidad, por señalar los más usados), los que representan, con un grado razonable de certeza, el estado de un problema de salud en particular. Este tipo de indicadores refleja sólo una variable del problema (su efecto en términos de daño), y por ende no resumen las diversas repercusiones que está provocando en la población.

Dado lo anterior, las mediciones que recogen las consecuencias en términos de deficiencias, discapacidades, calidad de vida adquieren un importante valor ya que permiten cuantificar la pérdida en términos económicos o de bienestar que provocan, in-

corporando de esta manera aspectos relevantes a considerar al momento de tomar decisiones en cuanto a las prioridades de intervención. En la actualidad, a los métodos de medición tradicional se han incorporado nuevos procedimientos de investigación epidemiológica que van desde las encuestas y técnicas de muestreo, la vigilancia, la detección de riesgo individual, indicadores comunitarios de riesgo y de estado de salud de la población, que permiten objetivar de manera más integral las consecuencias y efectos que provoca un problema de salud específico.

La evaluación de un sistema sanitario debiera comenzar por el conocimiento de la carga de enfermedad, de sus efectos a largo plazo, y por ende la necesidad y demanda de servicios de salud de la población.

La necesidad puede ser determinada mediante juicios de valor y también por la capacidad que tengan los servicios de salud de influir en problemas específicos. Los sistemas sanitarios pueden o no cubrir las necesidades. Cuando no las cubren, la deficiencia puede que sea percibida o no.

Por otra parte, la demanda expresa los deseos de la población y su capacidad para buscar, utilizar y, en algunos casos, pagar, las prestaciones de salud. La demanda de un servicio puede surgir de los usuarios o de los prestadores y puede estar íntimamente relacionada con la necesidad o excederla. No todas las demandas pueden ser atendidas; en ocasiones se cubren demandas innecesarias.

La medición de las necesidades requiere una base poblacional definida. El método epidemiológico permite establecer la relación entre necesidades y demandas.

- **Causalidad**

Una vez medida la carga de enfermedad, se deben identificar las principales causas, de manera tal que puedan desarrollarse estrategias de intervención sobre las mismas.

Idealmente, las intervenciones deben tener como principal objetivo la prevención de la enfermedad. Sin embargo y dependiendo de la magnitud del daño, se han de definir estrategias paliativas o de contención, que se traducen frecuentemente en acciones de índole curativa y que representan un alto costo.

No es aconsejable dejar de lado la planificación de estrategias de fomento y prevención, ya que son éstas las que en definitiva posibilitarán la disminución del daño.

Al buscar la causalidad de un problema de salud se está reconociendo la multifactorialidad en la génesis del mismo permitiendo con ello la identificación de los factores y grupos de riesgo. A su vez posibilita una acción más eficiente en cuanto a la definición de los grupos objetivos y la interacción del sector salud con el resto de los sectores, lo que tiene una gran relevancia en el nivel local, toda vez que la intervención ha de ser en un marco más amplio que el estrictamente sanitario.

- **Efectividad de las intervenciones**

Una información determinante para la toma de decisiones es la medición de la relación que se da entre las estrategias de intervención y los cambios positivos en el nivel de salud de la población a consecuencia de ellas.

Estas relaciones pueden caracterizarse tanto cuantitativa como cualitativamente. La efectividad puede ser objetivada a través de indicadores, utilizándose frecuentemente aquellos que fueron empleados en la medición de la carga de enfermedad, cuantificando la disminución del daño observado como consecuencia de la intervención que se está evaluando.

- **Eficiencia**

La eficiencia mide la relación entre el resultado obtenido y la inversión realizada. Proporciona la base para la utilización óptima de los recursos e implica la compleja interrelación de los costos y la efectividad de la intervención. Es el punto de encuentro entre la epidemiología y la economía.

En este ámbito hay dos enfoques principales para valorar la eficiencia. En el análisis de costo-efectividad, lo que se considera es la razón gasto/efectividad en dólares por año de vida ganado, dólares por caso evitado, dólares por año de vida ajustado por calidad, etc.

En el análisis costo-beneficio, de beneficio en función del costo o rentabilidad, tanto el numerador como el denominador se expresan en términos monetarios. Esto significa que han de medirse los beneficios de salud (por ejemplo, las vidas salvadas) y darles un valor monetario. Si el análisis costo-beneficio demuestra que los beneficios económicos del programa son superiores a sus costos, habrá que considerar el programa seriamente.

El análisis de costo-efectividad es más difícil de realizar que el costo-beneficio, ya que la medición de efectividad no necesita la adjudicación de un valor monetario.

Aunque estos cálculos se basan en información aproximada y en muchas suposiciones, son útiles para los responsables de establecer prioridades políticas. La medición de la eficiencia parte de muchos supuestos por lo que debe utilizarse con precaución; no es un proceso en que intervienen los valores personales y sólo puede servir como orientación general.

- **Ejecución de las acciones**

Se inicia cuando se toma la decisión de poner en marcha acciones específicas y se consideran los problemas que probablemente surgirán al implementarlas. Esta etapa supone el establecimiento de objetivos cuantificables, lo que resulta vital para la posterior valoración del grado de impacto de las medidas adoptadas.

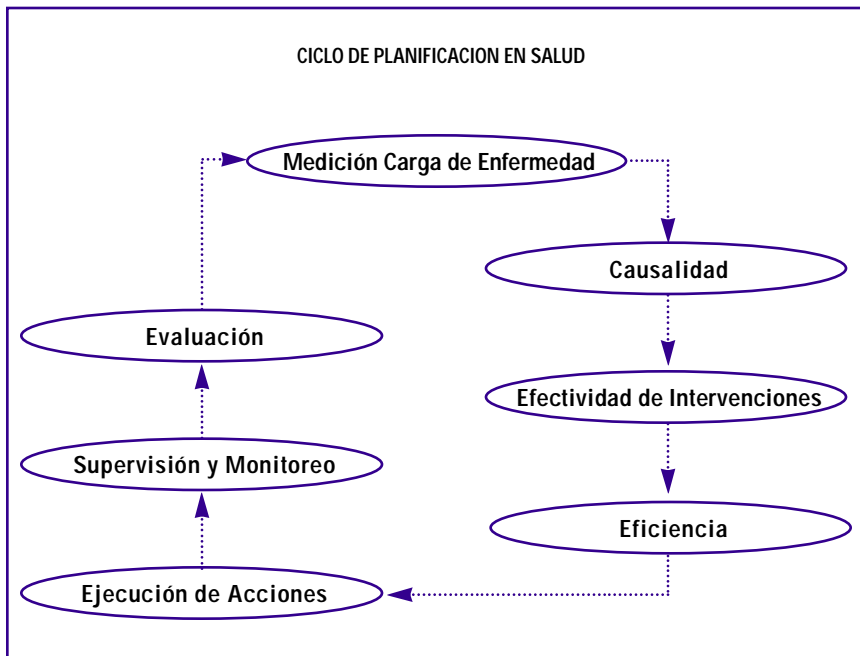
- **Supervisión y monitoreo**

Es el seguimiento continuo de las actividades para garantizar que se están llevando a cabo de acuerdo con el plan. Ha de ir dirigida a las condiciones necesarias para programas específicos, cuyo éxito puede medirse de diversas formas, utilizando criterios a corto, mediano y largo plazo.

- **Evaluación**

Es el último y primer paso del siguiente ciclo de la planificación, ya que en esta fase se repite la medición de la carga de enfermedad para determinar si se han producido modificaciones a partir de la intervención que se ha comenzado a efectuar.

La naturaleza cíclica del proceso señala la importancia que tiene el monitoreo y evaluación para determinar si las actuaciones han alcanzado los efectos deseados. Lo repetitivo del proceso está dado por el hecho que cada ciclo de acciones sólo suele tener un bajo impacto sobre la carga de enfermedad, por lo que se hace necesario volver a intervenir.



3.3 Priorización en salud

■ ¿POR QUE PRIORIZAR?

La multiplicidad de problemas en salud presentes en la población, y la siempre restrictiva disponibilidad de recursos para atenderlos, hace necesario utilizar un procedimiento que permita identificar, entre todos los problemas detectados, aquellos que son más relevantes para el nivel de salud que se observa, y determinar, para su abordaje, las acciones que en términos de resultados puedan impactar positivamente en la salud de la población, estableciéndose de esta manera un criterio de asignación de recursos.

De esa forma, se puede decir que la priorización en salud permite:

- Identificar los principales problemas de salud.
- Orientar la asignación de recursos.

Sin perjuicio de lo anterior, se pueden esgrimir variadas razones para priorizar, desde las que se encuentran en el estricto ámbito sanitario, a las del ámbito económico, pasando, por cierto, en aquellas que son propias del ámbito político. Habitualmente un proceso de priorización considera esos tres ámbitos.

En nuestro país, el Ministerio de Salud en la definición de Prioridades Salud País esgrimió las siguientes razones:

a) Razones Técnico–Sanitarias:

- Las necesidades y preferencias de salud de la población son complejas y cambiantes.
- Los cambios en el perfil epidemiológico y demográfico.
- Las necesidades y demandas de salud siempre exceden a los recursos disponibles.

b) Razones de Equidad y Justicia Social:

- El compromiso con la sociedad y las personas para dar respuesta a sus necesidades de salud.
- El rol regulador y solidario de las instituciones públicas.

c) Razones Técnico–Económicas:

- La determinación de estrategias más costo–efectivas basadas en evidencias científicas y opiniones de expertos. La priorización por tanto no significa disminuir el gasto ni establecer una ‘canasta básica’ o ‘plan básico de prestaciones’, que puede provocar una reducción de las coberturas y de la calidad de los servicios que se entregan a la población.

El concepto costo–efectividad implica determinar que el grado de importancia de proveer una acción de salud depende no sólo de su resultado esperado, sino también del costo de proveerla y del número de pacientes que se benefician de ella.

Para medir la efectividad es necesario considerar el efecto de la acción tanto sobre la esperanza de vida como en la calidad de vida. Con este criterio se puede comparar acciones de salud con distintos impactos en estas dimensiones (por ejemplo, para comparar un programa de inmunización que tiene un efecto importante sobre la esperanza de vida, con el tratamiento de cataratas que no impacta mayormente sobre la esperanza de vida, pero sí sobre la calidad de vida). De esta manera, y en condiciones estables, se debería priorizar aquellas acciones que representan un beneficio neto mayor desde el punto de vista de calidad de vida y/o esperanza de vida por sobre aquellas en que sea menor.

Dada su complejidad y trascendencia, la priorización sobrepasa el ámbito sanitario, y debe necesariamente involucrar a equipos técnicos multiprofesionales, además de otros actores provenientes de sectores relacionados. Esta interacción debe construir una propuesta que permita implementar estrategias integrales a los problemas que se intervendrán, teniendo en cuenta la heterogénea estructura de la población, sus riesgos, vulnerabilidades, principios y valores, los grados de participación; en síntesis, la dimensión social y cultural del proceso salud-enfermedad.

PRINCIPIOS Y CRITERIOS DE LA PRIORIZACION

Al efectuar una priorización, es recomendable tener presente ciertos principios y consideraciones, entre los que se destacan los siguientes:

- La salud como condición o pre-requisito para el pleno desarrollo de la persona, por lo que se debe garantizar un nivel de cuidado básico en salud a toda la población. De esta forma recae sobre el Estado la responsabilidad de diseñar los mecanismos que permitan este acceso universal, asegurando de esta manera una sociedad con un adecuado nivel de salud y productividad para alcanzar su máximo beneficio social.
- La adopción de un modelo de prioridades se efectúa con el propósito de proveer una evaluación integral de la condición de salud y sus factores condicionantes.
- La priorización no debe restringirse sólo a la atención de salud, debiéndose tener presente la relación que se da entre el bienestar físico, mental y social que requiere una persona para su completa realización.
- Los valores sociales, ejemplificado en la asistencia a los enfermos terminales, en que las acciones presentan un casi nulo impacto sobre la esperanza y calidad de vida.
- La priorización ha de ser dinámica y flexible, con el propósito de ir verificando el impacto que introduce el desarrollo de las tecnologías, los conocimientos y los cambios culturales y valóricos que inciden en la escala de priorización.
- La importancia del problema de salud, establecida por medio de la magnitud del daño, en base a indicadores que reflejen de la manera más precisa posible su gravedad y frecuencia.

3.4 Programas de salud y programación local

- La efectividad probada de las intervenciones frente al problema que se propone enfrentar y la posibilidad de evaluar éstas.
- La trascendencia del problema, expresado en términos del impacto social y económico que éste representa y los beneficios que traerá su resolución.

Sin perjuicio de lo anterior, al desarrollar el proceso de priorización se debe contrastar necesariamente el concepto de necesidad de atención de salud entre el criterio técnico y la percepción del usuario. Ante esta situación es fundamental considerar ambos aspectos, buscando conciliarlos, a pesar que a veces pueden ser divergentes.

Una similar situación se produce al contrastar el criterio de necesidad versus el criterio económico. En este sentido, se han elaborado instrumentos de discriminación que se basan en la estimación de potencial generación de riqueza en que se sustenta una decisión. La dificultad de usar este procedimiento está en determinar el alcance que se da al criterio de necesidad y al económico. En general el criterio de necesidad se utiliza en aquellos casos en que las desigualdades existentes son muy evidentes, por lo que la aplicación de otro criterio asignaría recursos a otros problemas y no a ese en particular (Ej. atención al adulto mayor).

DEFINICIONES

- Los Programas de Salud son el resultado de la necesidad de enfrentar de manera coherente y uniforme los problemas de salud a nivel de país. Tradicionalmente, éstos se organizaron de acuerdo a los grupos de edad que presentaban los problemas más relevantes, y posteriormente se han ido desagregando a problemas específicos.
- Los Programas de Salud se implementan a través de una serie de actividades y acciones que se orientan a abordar exitosamente el problema específico que se quiere solucionar. Estas normas parten del supuesto que su eficacia está dada por la aplicación estandarizada a nivel nacional, y la alta cobertura que implica el hecho que se ejecuten en todo el país.

Dada la imposibilidad que las normas de carácter nacional puedan responder adecuadamente a las diversas realidades, se requiere de ellas la flexibilidad suficiente, de manera que su aplicación local recoja las particularidades que se dan a lo largo del país, cautelando que la adaptación local no atente contra la eficacia y eficiencia del programa.

PROGRAMACION LOCAL

Los procesos de Programación Local no son otra cosa más que la organización del quehacer del Sistema de Salud en torno a los problemas prioritarios que el diagnóstico local ha identificado, tomando como base las indicaciones que las diferentes normas señalan, definiendo objetivos, metas, estrategias, asignando recursos y responsabilidades a los distintos actores involucrados en la tarea de mejorar el nivel de salud de la población.

De esa manera, la Programación Local es la expresión concreta de la política de salud comunal, que, en consecuencia con las prioridades definidas en los niveles nacional y regional, incorpora y refuerza su acción en los problemas de salud comunal. Su elaboración, implementación, ejecución, monitoreo y evaluación se realiza con un amplio nivel de participación que excede al equipo de salud, lo que posibilita de mejor manera la compatibilización entre las demandas de salud y la respuesta elaborada.

Para cumplir con lo anterior, las normas programáticas, en su condición de orientador técnico del accionar de los equipos de salud, pueden ser adaptadas en la respuesta que se elabora, de acuerdo al perfil epidemiológico, y los recursos disponibles, cautelando la polivalencia de los recursos humanos, la mantención o superación de los resultados, y la existencia de sistemas de control y evaluación.

En síntesis:

Lo trascendente de este proceso se encuentra en la obtención de resultados que mejoren el nivel de salud encontrado, a través de una intervención racional, técnicamente fundada, aceptada por la población y factible de evaluar.

Relación de los usuarios con el sistema de salud municipal



En los capítulos precedentes se ha puesto mucho énfasis en que la Atención Primaria Municipal debe tener como modelo de atención uno centrado en las personas y sus necesidades.

En este capítulo se trata un aspecto fundamental de la gestión de salud municipal: la atención de los usuarios. Entrega elementos para comprender las expectativas y necesidades de la comunidad. Provee de sistemas generales para caracterizar y registrar a la población destinataria, así como alternativas para hacer más fluida la atención de público.

4.1 La presión de la demanda

■ Dentro de los servicios municipales, los servicios a las personas cada vez adquieren mayor relevancia. Si bien, hasta ahora, las municipalidades son identificadas mayoritariamente con la administración del territorio y el desarrollo urbano, también ocurre que, desde hace más de una década, la administración de servicios a las personas ha aumentado en forma significativa.

El incremento constante de programas sociales orientados a la población más vulnerable, la gestión de los servicios de educación pública de nivel básico y medio y la gestión de los servicios de salud del nivel primario, han aumentado la gravitación de esta institución en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de sus comunas. Dentro de los servicios municipales dirigidos a las personas, sin duda, el de mayor cobertura es el servicio de salud.

El propósito esencial del servicio de salud municipal es servir a sus usuarios, con prestaciones técnicamente pertinentes, adecuadas en calidad y oportunidad. Este propósito, por cierto, común a variados tipos de servicios a las personas, constituye un desafío siempre difícil de alcanzar en el ámbito de los servicios municipales.

Administrar servicios de salud públicos para cualquier organización implica asumir, además de las tensiones propias de la operación, la tensión producida por la demanda incesante de los usuarios sobre el sistema, situación que se ve agravada cuando los recursos son limitados y en muchos casos insuficientes.

Los ciudadanos de nuestro país esperan que el Estado les provea de protección, especialmente protección en la enfermedad. Esta expectativa se manifiesta con conductas como concurrir reiteradamente hasta encontrar una respuesta satisfactoria y manifestar repetidamente su descontento si la respuesta recibida no coincide con la sensación de protección esperada. De esta profunda necesidad son también depositarios los servicios de salud municipal.

Es necesario recordar que los usuarios de los servicios de salud municipal utilizan múltiples caminos para resolver la enfermedad. Por una parte, se usan los propios conocimientos sobre el autocuidado de la salud que poseen tanto el individuo como la familia y la comunidad; también se usan servicios de consulta a terceros siendo la farmacia el más recurrido en nuestras comunidades. Cada uno de los caminos usados son percibidos y exigidos en forma diferente por el usuario.

Los actuales usuarios de los servicios de atención primaria administrados por las municipalidades depositan en éstos expectativas cuyo origen se encuentra principalmente en la cultura de su propia comunidad, más que en la información o mensajes que el servicio de salud desea transmitir. Sin duda, aún permanece en la comunidad la idea de que las prestaciones de salud de los “Consultorios de Atención Primaria” son gratuitas para todas las personas, independiente de su condición previsional. Igualmente prevalece la idea de que para un problema de salud, la única solución adecuada es una consulta médica, como también que una buena respuesta médica incluye necesariamente al menos un fármaco.

Es particularmente problemático conciliar la percepción que tiene el usuario sobre “la atención oportuna” y la percepción de los equipos técnicos sobre esta cualidad

4.2 Los usuarios del sistema

que debe tener la atención de salud. Manejar adecuadamente este aspecto contribuirá al éxito de la gestión de salud municipal. Se trata, entonces, de articular la disponibilidad de prestaciones que resuelvan efectivamente problemas de salud, con un sistema de atención que permita responder cada vez que los usuarios lo requieran.

■ Hasta 1994, los establecimientos de atención primaria estimaban sus prestaciones y recursos de acuerdo a una población teórica asignada de acuerdo a un conjunto de supuestos censales efectuados por los Servicios de Salud. Ello implicaba que a pesar de existir una ficha por cada usuario en cada establecimiento, no era posible establecer cuántas, ni quiénes, eran las personas que efectivamente hacían uso de dichos establecimientos.

Por otra parte, los recursos estatales para financiar el sistema eran entregados según un supuesto número de prestaciones efectuadas sobre esta supuesta población. En este modelo se observaban grandes desequilibrios en los montos de financiamiento asignados entre las diferentes comunas del país como al mismo tiempo una gran distancia entre el valor monetario asignado a cada prestación y los costos efectivos de éstas en cada municipalidad. Además, un número importante de las prestaciones se hacía a personas no beneficiarias del sistema público, que entregaban sus aportes mensuales (7% de su remuneración mensual) a las Instituciones de Salud Previsional (Isapre).

FINANCIAMIENTO PER CAPITA

A partir de 1995, las municipalidades comenzaron a recibir los aportes estatales de acuerdo a un monto mensual fijado por cada usuario del sistema, poniéndose con ello en marcha el modelo denominado “financiamiento per cápita”.

Como todo modelo de financiamiento por capacitación, pretende que el servicio a financiar oriente su gestión en función de los usuarios. Es decir, a partir de ahora los recursos para financiar el sistema se reciben por la población efectivamente atendida y efectivamente beneficiaria del sistema de salud pública del país.

Condiciones para el funcionamiento del modelo per cápita

- a) La creación de un registro de usuarios que libre y voluntariamente eligen ser atendidos en un determinado establecimiento de atención primaria, que deberá contener a lo menos los siguientes antecedentes:
 - RUT
 - Nombres y apellidos del usuario
 - Fecha de inscripción
 - Fecha de nacimiento
 - Domicilio

- Previsión en salud
- Nombre del establecimiento en el cual se inscribe

b) La mantención de un archivo de información computacional con los antecedentes de los usuarios registrados, que periódicamente se debe poner a disposición de los Servicios de Salud para su revisión y posterior proceso de “validación” de los antecedentes enviados.

c) La validación de los inscritos.

Este proceso es de gran relevancia para el servicio de salud municipal, por cuanto permite obtener los recursos financieros. Cada comuna es notificada anualmente sobre cuál es la población inscrita reconocida como válida por el Ministerio de Salud, por la cual recibirá el financiamiento cada año.

El proceso de validación incluye:

- Validación de RUT.
Se eliminan del registro aquellos inscritos que consignen como RUT una cifra alterada o errónea, que no lo registren, o que hayan fallecido.
- Validación de la previsión.
Se eliminan aquellos inscritos no beneficiarios, es decir, los cotizantes y sus cargas pertenecientes a Isapre, FFAA y particulares sin previsión.
- Validación de la fecha de inscripción.
En caso que un mismo usuario se encuentre registrado en dos o más comunas, se reconocerá como usuario válido donde haya efectuado la última inscripción.

LOS BENEFICIARIOS

De acuerdo al sistema descrito, es responsabilidad del servicio de salud municipal registrar a los usuarios y verificar su situación previsional.

Los beneficiarios de los servicios de salud municipal están definidos según la Ley 18.469 que norma la atención de salud dentro del sistema de salud pública tanto en la modalidad institucional como en la libre elección. La municipalidad está obligada por esta norma a través de los Decretos de Traspaso de los Consultorios a partir de 1980, como en los convenios que suscribe con cada Servicio de Salud, y finalmente en la Ley 19.378 que norma la administración de los establecimientos de atención primaria municipal.

Beneficiarios legales del servicio de salud municipal
(Síntesis de los Artículos 5° y 6° de la Ley 18.469)

- a) *Los trabajadores dependientes de los sectores público y privado, y los causantes de asignación familiar (DFL 150-1981).*
- b) *Los trabajadores independientes que coticen en cualquier régimen legal de previsión y quienes viviendo a sus expensas reúnan la calidad y requisitos para ser causante de asignación familiar (DFL 150-1981).*
- c) *Imponentes voluntarios de cualquier régimen legal de previsión y quienes viviendo a sus expensas reúnan la calidad y requisitos para ser causante de asignación familiar.*
- d) *Las personas que gocen de pensión previsional de cualquier naturaleza o que gocen de subsidio por incapacidad laboral o por cesantía.*
- e) *La mujer embarazada aun cuando no sea afiliada ni beneficiaria. (No se aplica si es beneficiaria de Isapre).*
- f) *El niño hasta los seis años de edad. (No se aplica si es beneficiario de Isapre).*
- g) *Las personas carentes de recursos e indigentes.*
- h) *Las personas que gocen de pensiones asistenciales (Decreto n°869-1975).*
- i) *Los causantes de subsidio familiar (Ley 18.020).*

Los beneficiarios aquí indicados son calificados en diferentes grupos de acuerdo a la Ley 18.469, según los ingresos estos son: A, B, C y D.

Los grupos B, C, y D son calificados directamente por Fonasa, entidad que capta la cotización individual del afiliado, y emite la credencial respectiva tanto para el afiliado como para los respectivos causantes de asignación familiar.

Los beneficiarios del grupo A son calificados por la unidad correspondiente de cada establecimiento de atención primaria municipal.

OBLIGACIONES DEL SERVICIO DE SALUD MUNICIPAL CON EL USUARIO

- a) Los Centros de Salud del nivel primario administrados por las municipalidades están dentro de la red de servicios de salud pública y, por tanto, están sujetos a similares obligaciones que las demás instituciones que integran esta red.

Obligaciones de la red de servicios

(Síntesis de los Artículos 2° y 16° de la Ley 18.469)

Los establecimientos asistenciales del Sistema Nacional de Servicios de Salud no podrán negar atención a quienes la requieran, ni condicionarla al pago previo de tarifas o aranceles fijados para este efecto.

Las personas que no sean beneficiarias del régimen podrán requerir el otorgamiento de prestaciones pagando su valor según el arancel establecido. La atención de los no beneficiarios no podrá significar postergación o menoscabo de la atención que deben recibir los beneficiarios legales y, en consecuencia, con la sola excepción de urgencias debidamente calificadas, dichos beneficiarios legales se preferirán a los no beneficiarios.

- b) El servicio de salud municipal debe otorgar prestaciones al usuario según *libre demanda* con la única condición que presente sus antecedentes previsionales que lo acredite como beneficiario legal del sistema.
- c) Las prestaciones del nivel primario son *gratuitas* para todos los usuarios reconocidos como beneficiarios legales, no importando el número de veces que el usuario solicite la atención.

La norma que establece la gratuidad de las prestaciones del nivel primario para todos los beneficiarios legales está contenida en el Decreto Exento N° 513 de 1990, en donde se señala que los establecimientos de atención primaria tendrán una contribución del 100% para todos los grupos (A, B, C y D).

Permanece la exigencia de copago diferenciado para los grupos B, C y D, para acceder a las prestaciones de salud brindadas en el nivel secundario y terciario de la red de salud. Para estos efectos, los indigentes o carentes de recursos reciben atención gratuita, y para ello deben ser calificados en el nivel primario.

OBLIGACIONES DEL USUARIO CON EL SERVICIO DE SALUD MUNICIPAL

- No existe vínculo de obligatoriedad del usuario inscrito con el servicio de salud municipal. El usuario reconocido como beneficiario legal estando inscrito en un servicio municipal determinado y sin mediar procedimiento alguno, puede inscribirse en otra comuna cuantas veces lo estime conveniente, sin ningún tipo de perjuicio para él.
- De acuerdo a los supuestos del modelo de gestión vigente, la permanencia del usuario en un determinado establecimiento de atención primaria se fundaría en la *confiabilidad* que le reporta esta organización ante su necesidad de apoyo en salud. Si se acepta este supuesto de vinculación como válido, los desafíos de la administración son enormes para producir el cambio en la organización.
- El eje del cambio en la relación con el usuario va de un punto donde la persona que usa el servicio se comporta y es percibido por los equipos como “beneficiario pasivo y sin posibilidad de elección”, a otro punto donde se le concibe

4.3 Sistemas de Admisión de la Demanda

como “usuario activo que elige donde atenderse”, es decir, se promueve que el control sobre la satisfacción que reportan los servicios sea hecho desde quienes usan los servicios.

Sin lugar a dudas esta dinámica de relación usuario/servicio de salud municipal representa principalmente la realidad de los municipios urbanos que concentran la mayor parte de la población. La realidad en los municipios rurales es que la población no tiene posibilidad de elegir y es altamente dependiente del prestador municipal, situación que implica una responsabilidad superior en orden a equilibrar la disminuida capacidad de control del usuario sobre los servicios.

■ La imagen tradicional de los establecimientos de atención primaria es que para acceder a la atención el usuario debe llegar a tempranas horas y realizar largos trámites, de modo que el acceso a la prestación requerida llega después de muchas horas de espera. Esta situación tiene múltiples causas, que se conjugan de manera diferente en las distintas municipalidades del país:

- Influye la percepción por parte de los usuarios de que los recursos profesionales, especialmente médicos, son insuficientes para satisfacer la demanda diaria.
- Influyen las formas de organización interna de los recursos, en los que se disponen de mayores horas de atención en la mañana.
- Influyen los sistemas de información manual utilizados, que no son compatibles con el manejo adecuado y expedito de grandes volúmenes de información, lo que acrecienta la burocracia del sistema.

En diez años de administración municipal de los establecimientos de atención primaria estos han experimentado variadas modalidades de admisión, que van desde la clásica entrega en la puerta del consultorio de cupos o números de atención, a la entrega remota vía telefónica en las juntas de vecinos de cupos.

Cada una de las modalidades de manejo de admisión de la demanda son complementarias, y responden de manera diferente a algunas de las causas mencionadas.

MODALIDADES PARA EL MANEJO DE LA ADMISION

a) Calificación del motivo de demanda, y grupos de edades vulnerables por enfermera y/o auxiliar paramédico

Tiene como objetivo racionalizar, desde un punto de vista técnico, el uso de las horas médicas, dirigiendo la prestación hacia aquellos pacientes que son más vulnerables (ejemplo, menores de dos años y mayores de 65 años), o que presenten motivos de consulta que ameriten satisfacción inmediata de la prestación, derivando para el siguiente día los motivos de consulta menos urgentes.

Este sistema ofrece como ventaja la mejor asignación de las horas médicas, y favorece el manejo de grandes volúmenes de demanda.

La desventaja que ofrece es que, a fin de minimizar los riesgos de error en la cali-

ficación, se deben utilizar criterios muy gruesos de discriminación (como un conjunto de signos y síntomas muy evidentes) que pueden ser fácilmente transmitidos entre los usuarios y de este modo impedir una calificación real. Otra desventaja es que el usuario debe concurrir personalmente, con la consiguiente molestia si es derivada su atención para el día siguiente.

b) Entrega de horas por bloques escalonados

La finalidad es impedir el aglomeramiento de público en las salas de espera, y consiste en citar a los pacientes por horas de atención (ej. 5 pacientes para una hora).

La ventaja es que se tiende rápidamente a disminuir la concentración de personas esperando. La desventaja es que no sirve para personas que han obtenido su cupo de atención en el día, ya que prefieren esperar dentro del consultorio (por ejemplo, los adultos mayores).

c) Consultas de alto rendimiento

Consisten en la realización de consultas de morbilidad a un rendimiento mayor al de la consulta habitual; habitualmente se efectúa sin ficha del paciente, y se deja constancia del diagnóstico, del tratamiento y de la prescripción de fármacos en un formulario único. Este sistema tiene como objetivo dar resolución a demandas por motivos de consultas reiteradas, cuya respuesta es posible de estandarizar.

Se utiliza por cuando la demanda por un mismo motivo de consulta sobrepasa la capacidad del establecimiento, por ejemplo: 'consulta por enfermedad respiratoria en período de invierno'.

Esta modalidad ofrece como ventaja la rapidez y la capacidad de resolución del profesional médico frente a la demanda específica del usuario. Sin embargo la desventaja es que no permite atender con integralidad a cada paciente, lo que conlleva el potencial riesgo de omitir el estudio de signos y síntomas no explicitados por el paciente.

d) Sistema único de asignación de horas de morbilidad a través de vía telefónica

Tiene como objetivo captar toda la demanda de una prestación a través de una operadora telefónica quien asigna las horas de atención en un solo punto para uno o más establecimientos.

Este sistema tiene como ventaja que evita la concurrencia innecesaria al consultorio, desgestionándolo. Permite que la administración pueda implementar procesos correctivos a tiempo, cuando está sobrepasado en la demanda, y permite que se utilice de igual forma la capacidad de atención en diferentes consultorios.

La desventaja es que, para que el sistema opere, se debe contar con oferta estable de horas profesionales, cuestión que suele fallar con mucha frecuencia en el caso de los médicos, cuya prestación es la más demandada.

4.4 La participación de los usuarios y la satisfacción usuaria en el servicio de salud municipal

■ Tal como se señaló en el primer capítulo, la participación de la comunidad usuaria en el desarrollo y gestión del servicio de salud municipal constituye uno de los pilares fundamentales del tipo de servicio que se presta. Hacer atención primaria en salud significa esencialmente promover el autocuidado individual y comunitario de la salud, prevenir la enfermedad y minimizar el daño cuando ésta se presenta.

Este propósito sólo se logra si la comunidad usuaria está informada de sus riesgos y cómo prevenirlos, si puede decidir sobre cómo acceder y utilizar mejor las prestaciones diseñadas por los técnicos para apoyarla en la solución de sus problemas, y mejor aun si puede participar en la ejecución de acciones que, por su bajo nivel de complejidad, debieran ser realizadas en el propio hogar.

Se trata, entonces, de provocar un cambio en el poder sobre la salud y la enfermedad, procurando que las personas asuman la responsabilidad en el resguardo de la propia salud y utilicen como un apoyo, por supuesto imprescindible, a las prestaciones que les brindan los equipos técnicos de salud.

El éxito de la participación en salud radica en una relación regular y reiterativa entre los integrantes de la comunidad y los equipos del servicio de salud municipal. Provocar esta relación implica desarrollar un diálogo permanente a través del cual se van explorando formas diversas de encuentro y trabajo conjunto.

La participación en el servicio de salud municipal no puede ser una excepción, sino una conducta constante que posibilita el ejercicio real del gobierno local en el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de su localidad.

En este contexto, el servicio de salud municipal constituye un instrumento privilegiado para el gobierno local, tanto para posibilitar el legítimo derecho a la participación de los ciudadanos, como para mejorar la gestión de los servicios.

Entre los objetivos operativos que se identifican en modalidades de participación en salud desarrolladas por las municipalidades, se pueden destacar las siguientes:

- Las destinadas a educar a la comunidad en aspectos sanitarios.
- Las que tienen como finalidad mejorar la gestión de los servicios.
- Las que promueven el desarrollo de la organización social.
- Las que promueven la solución de problemas territoriales (medio ambiente, saneamiento básico).

Formas de participación social

- Los monitores de salud:
Personas capacitadas en uno o más temas específicos, por ejemplo: enfermedades respiratorias, cáncer de la mujer, etc.
- Los grupos de salud:
Conjunto de personas que asumen la ejecución de tareas de baja complejidad, facilitando el ingreso del paciente al consultorio.
- Los comité de salud o comisiones de salud:
Conjunto de representantes de organizaciones sociales que se reúnen regularmente para evaluar el consultorio y para diseñar soluciones.

PERCEPCION DE LOS USUARIOS

No obstante los elementos descritos, el servicio de salud municipal requiere conocer cuál es la percepción que tienen sobre sus servicios, no sólo los miembros más activos de la comunidad sino que también la percepción que tiene la gran mayoría de los usuarios, que habitualmente sólo “consume” atenciones de salud.

La búsqueda de la satisfacción usuaria está estrechamente relacionada con las expectativas que las personas que concurren a los establecimientos tienen sobre el sistema; estas expectativas van cambiando principalmente por dos factores:

- La superación de la expectativa más baja.
Por ejemplo, si la primera expectativa era tener acceso a una consulta por médico, una vez obtenida, la siguiente expectativa a satisfacer es que las condiciones de la espera sean adecuadas, que existan sillas, que esté limpio, iluminado, etc.
- La comparación con otros servicios.
Sin lugar a dudas la influencia que tiene en el aumento de expectativas la comparación con centros comerciales, con la imagen de servicio transmitida por televisión, etc., contribuye a que el usuario espere más del servicio que tiene más cerca.

Los servicios en general evalúan la calidad porque en función de la satisfacción que encuentra el cliente, éste decide su permanencia o migración del sistema. No cabe duda que esta capacidad de elección está limitada en los servicios de atención primaria, especialmente en las áreas rurales, no así en las zonas urbanas, donde los usuarios suelen utilizar servicios de otras comunas cuando no encuentran respuesta satisfactoria en los de su propia comuna.

Para la administración municipal es crucial evaluar cuál es el grado de satisfacción que logra en sus usuarios, no sólo por la imagen que gana, sino también porque influye de mejor manera en las conductas de cuidado y autocuidado en la población. Por ejemplo, obtener la confianza y la adhesión de los pacientes crónicos respecto de sus tratamientos y cambios de hábitos está estrechamente ligado a lo acogedor que sea el sistema que lo atiende.

Las metodologías de medición son diversas y, en caso de requerir asesoramiento, las municipalidades las pueden solicitar a los respectivos Servicios de Salud. En cualquier caso se recomienda medir en un instrumento al menos las siguientes variables:

Variables para la evaluación

◆ Estructura del sistema:

- Accesibilidad: – Ubicación del establecimiento
– Número de locomociones que utiliza
- Planta física: – Presentación general del establecimiento
– Tipo de construcción
– Distribución del espacio físico
– Higiene del establecimiento
– Higiene, ubicación y número de servicios higiénicos

◆ Organización:

- Horario de entrega de números de atención
- Tiempo de espera
- Cantidad de cupos de atención
- Información al usuario
- Señalización

◆ Proceso:

- Técnico: – Examen físico
– Entrega y recepción de información durante la atención
– Diagnóstico y pronóstico de la enfermedad
– Seguimiento del caso
- Interpersonal: – Calidad de la comunicación
– Trato
– Continuidad en la relación personal–usuario

◆ Resultados:

- Capacidad resolutoria, solución del problema
- Entrega y calidad de los medicamentos
- Seguimiento y nuevos controles
- Derivación a exámenes

Métodos de evaluación

Las técnicas de aplicación dependerán de las posibilidades reales de cada servicio, sin embargo se debe tener en cuenta que condicionan los resultados:

- Encuesta a la salida del box de atención.
Sirve para la obtención más precisa del resultado de la atención, pero tiene el sesgo que no reporta la insatisfacción del procedimiento previo o de los que no accedieron a la atención.
- Encuesta a la salida del consultorio.
En general permite obtener mayor cantidad de juicios, si bien menos exactos.
- Estudio mediante grupos focales.
Permite obtener información de mayor riqueza y profundidad respecto a todos los aspectos relacionados con el servicio. Sin embargo, requiere de mayor precaución en su aplicación ya que el grupo de discusión y la interpretación de la información debe ser manejada por adiestrados en la técnica.
- Encuesta domiciliaria a los usuarios del sistema.
Esta técnica presenta la ventaja de tomar contacto fuera del consultorio y, por tanto, de la influencia directa del servicio sobre la persona, permite obtener los juicios más habituales y permanentes en la población. Tiene la desventaja de requerir más precaución en la elección de la muestra a encuestar y de ser una técnica cara en su aplicación.

Los resultados de mediciones realizadas en variados estudios a lo largo del país indican que los sectores rurales presentan un grado más alto de satisfacción, en comparación a los usuarios de zonas urbanas. Se presume que este resultado está influido por la disminuida capacidad de comparación y de elección de alternativas que tienen los habitantes de zonas rurales respecto a los servicios, tanto de salud como de otros ámbitos.

No obstante ello, la calidad de la relación con el personal técnico y profesional a menudo es de mejor calidad y profundidad que la que se logra en consultorios de altos rendimientos, como son generalmente los urbanos.

Gasto per cápita



Tal como se señaló en el capítulo anterior, la política de atención primaria a nivel del Estado promueve asignación de recursos según los usuarios del sistema y no en función del conjunto de gastos que implica operar los servicios. En este marco es tarea de las administraciones comunales el diseño de un sistema que les permita satisfacer las prestaciones de salud que requieren los inscritos en su servicio, con una estructura de gastos suficiente y racional que ejecute dichas prestaciones. El presente capítulo entrega un procedimiento para esta tarea.

5.1 El financiamiento del servicio de salud municipal

► La mayor dificultad que reportan las administraciones comunales está en la conciliación entre los recursos necesarios, generalmente prescritos por las normas programáticas interpretadas por cada Servicio de Salud del país, con los recursos reales disponibles.

Dada la complejidad de variables que participan en este proceso, se recomienda:

- a) Revisión de la estructura de gasto a nivel comunal.
 - Estructura del gasto en dotación de personal
 - Estructura del gasto en farmacia
 - Estructura del gasto en servicios generales de mantención y operación.
- b) Asignación de presupuestos de gastos según centros de salud, con relación a la población inscrita en cada uno.

Una forma de revisar la estructura de gastos es aplicar la siguiente metodología:

IDENTIFICACION DEL GASTO PER CAPITA

La inscripción de la población en el sistema municipal de salud implica el compromiso de quienes gestionan el servicio de entregar un conjunto de prestaciones organizadas a través de programas, que se constituyen en derecho de los inscritos. Por tanto, es de vital importancia comprometer acciones que efectivamente puedan ser financiadas a fin de no poner en riesgo la confiabilidad política de la entidad administradora de la atención primaria.

El uso final del resultado del gasto en salud primaria por cada inscrito en ella deberá ser coherente con las fortalezas y debilidades del método. El ejercicio que a continuación se describe es de utilidad para la asignación de recursos a los establecimientos que efectúen iguales prestaciones, pero es débil para establecer el precio de la atención promedio de cada paciente. Igualmente es insuficiente para determinar el costo de atención de cada paciente y, por tanto, llegar a la determinación de un precio de plan de salud por persona.

Se propone entonces trabajar con la aplicación de estándares de recursos y con la asignación indirecta de recursos como un primer paso en el conocimiento del costo en la administración municipal de salud.

Los pasos que a continuación se describen permiten construir la matriz de gastos necesaria para establecer el costo comunal de la atención de los usuarios inscritos de acuerdo al plan de prestaciones programado en la municipalidad.

Paso 1: Identificación del tipo y volumen de prestaciones necesarias para los inscritos

Corresponde a la programación de actividades. Se sugiere hacer un resumen comunal y no por centro de costo, ya que la experiencia muestra que los Centros de Salud tienden a efectuar prestaciones de acuerdo a los recursos disponibles y no estrictamente a los necesarios para su población inscrita.

Programa	Prestación	Grupo objetivo	Nº total inscritos a atender	Cobertura o tasa a lograr	Esquema de concentraciones	Nº total prestaciones a cumplir
	Tipo de atención: • Consulta • Control	Segmento de los inscritos a quien corresponde la prestación		Meta planteada por la comuna	Cuántas prestaciones corresponden por inscrito	

Paso 2: Establecer el número de horas de recursos humanos necesarias para ejecutar las prestaciones

Tipo de prestación	Nº total prestaciones a cumplir	Tipo de recurso humano	Estándar de rendimiento	Total horas necesarias	Jornadas 8.8 horas directas
Consulta Control		Instrumento que ejecuta la acción	Tomar como referencia lo consensuado con el S. Salud		

Paso 3: Establecer el número de horas de recursos humanos asociadas a la ejecución de las prestaciones

Prestación instrumento	Jornadas 8.8 horas directas	Horas indirectas administración	Horas laborales	Jornadas 8.8 horas directas	Jornadas directas + indirectas
		Incluye: Hrs. en reuniones de coordinación. Hrs. en elaboración de informes	Incluye: 5 días capacitación 15 días feriado legal Nº días perdidos por 3 primeros días de L. médica		

Ya que la programación de horas se hace sobre la base de 240 día hábiles, se ha optado por dejar en los 10 días hábiles restantes los 6 días administrativos de cada jornada de trabajo y 4 días de actividades de integración del personal (como medios días antes de festivos, días del estamento, etc.).

Paso 4: Establecer el gasto en remuneraciones del personal necesario para la ejecución de las prestaciones

Instrumento	Total jornadas necesarias	Costo mensual cada jornada	Total costo mensual dotación
		Se recomienda aplicar valor hora según frecuencia y no según promedio	

Paso 5: Establecer el gasto en fármacos, insumos de enfermería e insumos odontológicos necesarios para la ejecución de las prestaciones de atención primaria

En el supuesto que la desagregación de la información es insuficiente, se hará una asignación arbitraria de gastos según volumen. Sin embargo, dado que la variabilidad del volumen y precio de los fármacos es alta en la consulta de morbilidad de niños y adultos, es deseable, a lo menos, organizar los registros a fin de identificar el gasto por consulta de niños y adultos.

Tipo prestación que consume fármacos	Nº total prestaciones	Total consumo mensuales	Costo mensual	Valor promedio mensual por consulta
Consultas morbilidad Consultas morbilidad I.R.A. Control de crónicos			Corregir por el número de días disponibles	

Se asigna el consumo de fármacos según el mismo criterio anterior, sin embargo se debe considerar que no todos los insumos de enfermería corresponden a insumos utilizados en prestaciones, es frecuente que se registre dentro de esto artículos destinados a administración de farmacia, y/o a aseo del instrumental.

Tipo prestación que consume insumos de enfermería	Nº total prestaciones mensuales	Total consumo mensual	Costo mensual	Valor promedio mensual por consulta
Curaciones, inyecciones Toma de muestras Consultas y controles Vacunación			Corregir por el número de días disponibles	

Paso 6: Establecer el gasto en administración del servicio necesario para la ejecución del plan de prestaciones

Para efectos del análisis se hace una división entre costos de administración que se ejecutan directamente en el Centro de Salud, y costos de administración que se ejecutan fuera de éstos, pero que sólo se justifican en función de la administración del servicio de salud.

GASTOS DE ADMINISTRACION DEL CENTRO DE SALUD

Personal:

Personal apoyo por programa	Actividad que apoya	Número de horas diarias	Número total jornadas	Costo mensual
Infantil	Tarjetero Morbilidad Sala I.R.A. Admisión			
Adulto	Tarjetero Morbilidad Admisión			
Mujer	Tarjetero Control			
Odontológico	Tarjetero Consulta			
Unidades de apoyo	Farmacia Esterilización Terreno PNAC Ambulancia			

Personal apoyo administrativo	Actividad que apoya	Número de horas diarias	Número total jornadas	Costo mensual
Dirección	Dirección técnica Dirección administrativa Secretaría			
SOME	Estadísticas Recaudación Ingreso			
Aseo	Aseo edificio			
Vigilancia	Resguardo del edificio y equipamiento			

Otros gastos:

Gastos generales	Costo mensual
<ul style="list-style-type: none"> • Consumos básicos • Calefacción • Transporte estafeteo • Insumos aseo • Insumos oficina • Material impreso • Reparación equipos • Reparación edificio • Combustible ambulancia • Reparación ambulancia • Seguros vehículos • Seguros edificio • Beneficios del personal: vestuario, sala cuna 	

Gastos de la administración central municipal:

Costos de staff de administración	Costo mensual
<ul style="list-style-type: none"> • Miembros del staff de administración (Director, Encargados de Programa, Administrador, Secretarías, etc.) • Servicio de administración de remuneraciones • Servicio de adquisiciones • Servicio de administración y mantención de sistemas informáticos • Gastos generales del staff: transporte, capacitación, insumos oficina, aseo, etc. 	

Paso 7: Matriz final

Total costo canasta por programa	Total costo personal adm. centro salud	Total costo otros gastos centro salud	Total costo staff salud	Valor promedio costo canasta
\$	\$	\$	\$	\$

Al cabo de este proceso se podrá contar con un *Indicador final*:

Gasto Plan de Salud Comunal / Población inscrita

