

La Efectividad en el Modelo de Salud Familiar de la Municipalidad de Recoleta: logros y propuestas

Actividad Formativa Equivalente (AFE) para obtener el grado de Magíster en Gobierno y Gerencia Pública

Profesor Guía
Sergio Galilea Ocón

Candidato a Magíster
José Luis Sepúlveda Cornejo

Diciembre 2021



“El principio en que debe basarse el atacar las enfermedades, es crear un cuerpo robusto, pero no crear un cuerpo robusto con el trabajo artístico de un médico sobre un organismo débil, sino crear un cuerpo robusto con el trabajo de toda la colectividad, sobre todo la colectividad social”

Ernesto Guevara de la Serna

(Obras Escogidas 1957-1967, 1985)



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a los usuarios del Sistema de Salud Comunal y a los dirigentes comunitarios que me dieron la capacidad de conocer su percepción de Modelo de Salud Familiar.

Agradezco también a los funcionarios y directivos del Departamento de Salud así como a los directivos de la Municipalidad de Recoleta por darse el tiempo de colaborar durante el proceso investigativo.

Agradecer a Gianina Repetti, administradora municipal que me orientó respecto al tema de investigación así como brindar las facilidades para que este trabajo pudiese llevarse a cabo.

Agradecer por su paciencia y disposición a Sergio Galilea, académico del Instituto de Asuntos Públicos, quien fue un pilar importante para poder terminar el proceso educativo.



Dedico este trabajo

A mis hijos Felipe y Valentina, mis pilares en todos mis proyectos
y aventuras.

A mis padres José y Maria, aunque ya no están, me hicieron la
persona que soy.

A mis hermanos y hermanas de la vida, que siempre están aunque
los días sean duros y difíciles.

A todos les quiero

Contenido

I.	RESUMEN	1
II.	ABSTRACT	2
III.	PRESENTACIÓN	3
	Antecedentes.	3
IV.	DISEÑO METODOLÓGICO	7
	Formulación del Problema.	7
	Tema de la Investigación	7
	Hipótesis de Investigación.	8
	Pregunta de investigación.	8
	Objetivos de la Investigación.	8
	Objetivo General	8
	Objetivos Específicos.	9
	Justificación y Delimitación de la Investigación	10
	Tipo de Investigación, método y diseño	12
	Tipo de Investigación.	12
	Revisión bibliográfica.	12
	Revisión documental.	13
	Entrevistas a Informantes Claves	13
V.	MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN DE LITERATURA.	14
	Modelos Sanitarios	14
	Medicina Familiar en Inglaterra	15
	Medicina Comunitaria en Cuba	17
	Definiciones de Eficacia, Eficiencia y Efectividad	21
	Medición de la eficacia de la gestión en instituciones de salud	25
VI.	CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN	28



Características Relevantes de la Comuna	28
Modelo de Salud Familiar con territorial en Recoleta	35
Características Relevantes de la Administracion Jadue	36
Análisis de las Estadísticas de los Servicios Clínicos En Recoleta	37
Entrevistas a informantes claves	43
Participación de los informantes claves	43
Análisis de las respuestas de los Informantes Claves	44
VII. CONCLUSIONES	52
Propuestas	54
VIII. BIBLIOGRAFÍA	56
ANEXOS	59
ANEXO 1 Pauta o Cuestionario de entrevista	59

I. RESUMEN

La presente investigación surge por requerimiento de la Administración Municipal de Recoleta, que busca determinar si la implementación del Plan de Salud comunal es eficaz y/o eficiente en la provisión de los servicios sanitarios y médicos a la población de su jurisdicción. Se pretende establecer los factores que determinan los resultados por medio del uso de técnicas exploratorias de investigación.

La provisión de los servicios son realizados por el Departamento de Salud de la Municipalidad y su gestión está determinada por la Ley número 19.378 que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal.

Asimismo el Plan de Salud, está determinada por las directrices por la Administración Alcaldía que ha fundado su actuar en los lineamientos políticos de establecer que las ciudades (comunas) estén al servicio de las personas, por medio de una participación activa y vinculante de la comunidad y con respuestas de política pública innovadora.

Palabras claves: Plan de Salud, Gestión, eficiencia, eficacia, participación ciudadana, innovación en políticas públicas, municipalidad.



II. ABSTRACT

This research was born at Recoleta Municipality Administration's request, it needs to determinate if implementation of Community Health Plan is effective and / or efficient with provision of health and medical services to population of its jurisdiction. It is pretend to stablish determining factors of results through use of exploratory research techniques.

The provision of services are made for Municipality Health Department and manage is determinated on 19378 number law, this establishes the Municipal Primary Health Care Statute.

Likewise, the Health Plan is determined by the guidelines of Mayor's Administration, based in its facts with political guidelines about to defined cities (communes) for to serving people by active and binding participation and innovative public polices response.

Keywords : Health Plan, Management, efficiency, effectiveness, citizen participation, innovation in public policies, municipality.

III. PRESENTACIÓN

Antecedentes.

La salud es un tema de primordial orden para la humanidad y con el devenir de los procesos político-históricos de los últimos 200 años y el nacimiento de los Estados, se ha transformado en una necesidad a resolver por quienes ejercen la administración de los gobiernos.

A nivel internacional, tras dos guerras mundiales en el siglo XX, tras la fallida gestión de la Sociedad de Naciones, y luego de la convocatoria realizada en marzo del año 1945 para la Conferencia de San Francisco, se crean Las Naciones Unidas en Octubre del mismo año, con la ratificación de 51 países. Una de las necesidades más sentidas por los diplomáticos fue la posibilidad de establecer una organización mundial dedicada a la salud. Tras varios años de negociaciones y coordinaciones multilaterales, el 07 de abril de 1948, se constituye oficialmente la Organización Mundial de la Salud (OMS).

A nivel regional, se convocaría en el año 1902 a la Primera Convención Sanitaria Internacional de las repúblicas americanas con la participación de 10 países. En el día de la inauguración, se fundó la Oficina Sanitaria Internacional, que ejerce la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud (Organización Panamericana de la Salud, n.d.)



En nuestro país en el año 1842 se crea la Facultad de Medicina en la Universidad de Chile; en el año 1887 se crea la Junta General de Salubridad para asesorar al gobierno en materias de salud pública y en el año 1938 se promulga la ley 6.174 que establece los principios de la medicina preventiva, al plantear los exámenes sistemáticos de salud a los trabajadores (Ministerio de salud, n.d.), entre otras.

Tras el quiebre institucional de 1973 y la posterior dictadura cívico-militar, llevó al país a un cambio de paradigma de la relación entre el Estado y la ciudadanía, pasando desde un Estado de Bienestar Social a un Estado con un rol subsidiario, dotando de grandes espacios para la participación de órganos intermedios en el quehacer que antes fuese gubernamental, permitiendo que los privados realicen actividades que antes hacía el Estado, convirtiendo a la salud ,entre otros derechos a servicios de consumo. Por otro lado y en una visión diametralmente opuesta, en un trabajo de muchos organismos multilaterales (OMS-OPS-UNICEF), dirigentes políticos de muchos países del más alto nivel y con la concurrencia de cuerpos diplomáticos de 134 países, logran acordar y suscribir, en el año 1978, la Declaración de Alma Ata que establece una filosofía que cambia la mirada de cómo abordar la salud y las enfermedades, estableciendo la política de Salud para todos y la estrategia de acción la Atención Primaria de Salud, lo que implica un tratamiento multicausal de los problemas de salud y



una organización de los servicios de salud que permitan servicios globales, continuos, integrales, distribuidos equitativamente buscando su eficacia y eficiencia. (Saco Mendez, 1995) Esta política fue desarrollada a todo lo ancho del planeta, abordada por países desarrollados y en vías de desarrollo, en todos los continentes del planeta.

Chile no fue la excepción y esto queda consagrado en la Ley 19378, promulgada en 1995, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, la cual considera aspectos relativos a la relación laboral, carrera funcionaria, deberes y derechos del personal. Asimismo considera aspectos relativos al financiamiento, administración de los recursos y el proyecto de programa de salud municipal.

Cabe indicar que las municipalidades son parte del Estado de Chile, posee un carácter descentralizado y están estructurados legalmente como una corporación de derecho público y personalidad jurídica con la finalidad satisfacer las necesidades de los vecinas y vecinos que son parte de su comunidad local jurisdiccional, donde su mayor virtud poseer una gran autonomía política pero constreñida en materia financiera y regulatoria en aspectos de planificación urbana, de tránsito, educación, entre otras.

La gran dificultad que deben afrontar las municipalidades es la gestión de recursos limitados y necesidades siempre crecientes, con un financiamiento no de forma equitativa, generando ciudadanía y comunas de distintas categorías.



Quienes detentan los cargos directivos en una municipalidad, en el desempeño de su accionar, deben congeniar, no siempre de fácil manera, el presupuesto municipal, las necesidades ciudadanas y el programa de gobierno local.

Hoy las direcciones o corporaciones de salud de cualquier municipalidad del país, debe gestionar recursos provenientes del aporte per cápita desde el gobierno central y de los potenciales programas sanitarios que son capaces de gestionar así como convenios con otras instituciones que sean susceptibles de suscribir. Cualquier diferencia o desbalance obliga a las municipalidades a financiar las brechas que se producen, con recursos propios.

Para afrontar los desafíos de implementación de soluciones a los problemas sanitarios de su población, cada municipio diseña e implementa su propio Plan de Salud de su comuna. En el caso específico de la comuna de Recoleta, se ha implementado un Modelo Salud Familiar muy peculiar porque, además de atender a los vecinos y vecinas en los centros de salud comunales, les provee de servicios en otros recintos comunitarios y/o sociales, aumentando la cobertura territorial.

Se desprende que tras la aceptación de las rendiciones ante el gobierno central, el modelo de salud familiar de Recoleta es eficaz, o sea, brinda respuestas sanitarias a su población. La inquietud es si tal modelo y su forma de abordar la cobertura alcanza niveles de efectividad, es decir, si logra una mejor relación costo beneficio, que los centros sanitarios regulares o no .

IV. DISEÑO METODOLÓGICO

Formulación del Problema.

La actual ley N°19.378, que contempla un marco regulatorio respecto a los centros sanitarios y mandata a los gobiernos comunales de forma tácita a funcionar bajo ciertas condiciones que no siempre son las ideales para una municipalidad, más aún cuando se trata de un municipio alejado de los centros económicos que conllevan mayores contribuciones al presupuesto municipal por la vía del pago de patentes, derechos e impuesto territorial , escaso en la generación de recursos propios y con escasa capacidad de gestión para concursar recursos del gobierno central.

Por lo tanto, es interesante determinar si la gestión del Modelo de Salud familiar de la municipalidad de Recoleta y sus características propias, es capaz de demostrar efectividad en su trabajo sanitario cotidiano ante la comunidad.

Tema de la Investigación

El tema de la investigación es el Modelo de Salud familiar de la comuna de Recoleta y sus características propias, que lo diferencian del modelo regular aplicado en otras comunas del país.

El énfasis de la investigación estará en los aspectos de la gestión de recursos y determinar los aspectos relevantes en los procesos clínicos de atención a la comunidad que permitan



establecer parámetros y contribuyan al desarrollo de un instrumento de medición de la efectividad por la prestación de los servicios sanitarios realizados en la red de salud comunal en Recoleta.

Para un mayor abundamiento se estudiarán modelos de atención a nivel local, de Inglaterra y Cuba, cuyos modelos son reconocidos como exitosos, a fin de esclarecer cuáles son algunos de los determinantes claves en su gestión.

Hipótesis de Investigación.

La hipótesis de la investigación busca determinar el logro de la efectividad durante el ejercicio de la práctica clínica del Departamento de Salud de la comuna de Recoleta

Pregunta de investigación.

¿El Modelo de Salud Familiar Comunitario de la Municipalidad de Recoleta logra efectividad en el durante la atención médica y el otorgamiento de prestaciones sanitarias ?

Objetivos de la Investigación.

Objetivo General

Determinar si el Modelo de Salud Familiar de la Comuna de Recoleta logra efectividad en la atención médica y el otorgamientos de prestaciones sanitarias en la red de dispositivos de salud provistos por la municipalidad

Objetivos Específicos.

Conocer el Modelo de Atención Primaria chileno, sus principales características de gestión y financiamiento

Conocer el Plan de Salud de la comuna de Recoleta, incluyendo condiciones poblacionales, de morbilidades y diagnosis

Estudiar el Modelo Sanitario Familiar de la comuna de Recoleta y sus principales características

Estudiar programas sanitarios de prioridad nacional realizados en los dispositivos sanitarios de la comuna de Recoleta y que posean registros estadísticos en el Ministerio de Salud

Establecer los determinantes que afectan la eficacia y eficiencia en los procesos clínicos de la gestión

Analizar los registros estadísticos de la atención médica de la comuna de Recoleta ante el Ministerio de Salud.

Por motivos metodológicos se considerarán los procesos clínicos y los registros estadísticos del año 2019 a fin de evitar distorsiones provocadas por la pandemia a causa de Covid 19.

Justificación y Delimitación de la Investigación

La justificación que otorga sentido a la investigación es que tras una creciente y constante demanda por la provisión de servicios sanitarios provistos por el Departamento de Salud, a través de su red de dispositivos de salud que se encuentran distribuidos en todo el territorio comunal, nace la necesidad de evaluar el desempeño en las atenciones médicas y otras prestaciones entregadas a la comunidad.

Esta necesidad se funda en que la administración municipal requiere conocer más profundamente cómo se cumplen los objetivos sanitarios ministeriales, ya que el financiamiento central está condicionado a la cantidad de personas atendidas en la red, las cuales debieran haber estado inscritas al momento de recibir una atención. Cualquier detrimento en el desempeño tiene un castigo significativo pecuniariamente hablando porque recibe menores aportes del gobierno central tanto en el per cápita como en los programas y convenios. Además, la municipalidad deberá compensar la falta de financiamiento por medio del uso de los recursos propios.

Por lo tanto es, en esencia, conocer más profundamente los procesos de la gestión, cómo se articulan los recursos y cómo es capaz de responder a las necesidades por servicios sanitarios. Una vez realizada esta sistematización de procesos, es necesario



considerar aspectos administrativos y de financiación, para comenzar a ponderar los niveles de eficacia y eficiencia de los programas sanitarios desplegados a nivel territorial en la comuna de Recoleta.

Es necesario señalar que considerando que durante el año 2020 y 2021 la gestión sanitaria nacional y en consecuencia la gestión sanitaria local también ha centrado sus esfuerzos en atender a los pacientes de la pandemia de Covid -19, por tanto para efectos de análisis estadísticos se considerarán años anteriores y de modo especial, el año 2019.

Tanto el análisis como el instrumento para medir la efectividad están determinados por la realidad de la comuna de Recoleta y su comunidad, por lo tanto, se requerirán de estudios posteriores que permitan la extrapolación del instrumento.



Tipo de Investigación, método y diseño

El presente análisis corresponde a una investigación exploratoria, cuyo fin es tratar de abordar un estudio respecto a las atenciones médicas y las prestaciones recibidas por parte de la población de la comuna de Recoleta , que se encuentra inscrita, de acuerdo a los protocolos ministeriales, para ser atendida en los centros sanitarios comunales.

Tipo de Investigación.

Se ha determinado realizar una investigación de tipo exploratoria por medio de análisis de las estadísticas y reportes de los centros sanitarios que forman parte de la red dependiente del Departamento de Salud de la Municipalidad de Recoleta ante el Ministerio de Salud.

Además el estudio considerará la evaluación de servicios por parte de los actores involucrados en los servicios, es decir usuarios que utilizaron los servicios clínicos en algún dispositivo sanitario de la comuna y los trabajadores de la ilustre Municipalidad de Recoleta.

Revisión bibliográfica.

Realización de un análisis bibliográfico sobre Atención Primaria de Salud y Modelos de Salud Familiar, integrando a autores



contemporáneos, analistas académicos y analistas de organismos multilaterales. Algunos ejemplos son: libros, revistas especializadas, papers, tesis, entre otros.

Revisión documental.

Realización de un análisis de documentos normativos e institucionales, ya sean de origen nacional como internacional relacionados con la Atención Primaria de Salud y los Modelos de Salud Familiar. Así como también, revisión de estudios y sitios web con información sobre la temática. Algunos ejemplos son: leyes, ordenanzas, reglamentos, publicaciones, entre otros.

Entrevistas a Informantes Claves

Para la realización de este trabajo investigativo se ha considerado como informante estratégico a causa de su rol dentro del proceso de gestión y a los cuales se les realizará una entrevista un listado de preguntas abiertas con la finalidad de levantar aspectos relevantes del modelo de salud familiar en la comuna de Recoleta.

Los representantes claves provienen de tres fuentes diferentes:

- a. Altos Funcionarios de la administración Municipal.
- b. Funcionarios Incumbentes del Departamento de Salud y directivos de los Centros de Salud Familiar
- c. Usuarios y/o Dirigentes Vecinales de distintos territorios

V. MARCO TEÓRICO Y REVISIÓN DE LITERATURA.

Modelos Sanitarios

Si bien podríamos señalar que existen tantos modelos como países, los modelos sanitarios los podemos agrupar por fuente de financiación, cobertura y tipo de prestación, en tres grandes categorías o sistemas de salud

El Modelo Universalista considera una cobertura universal, con financiamiento público por medio de impuestos y con provisión pública de servicios por medio de la red de instituciones públicas de salud. Algunos países que usan este modelo son Inglaterra, Cuba y Canadá, entre otros.

El Modelo de Seguridad Social o Mixto considera cobertura por pertenencia laboral de nivel de ingreso y residencia, con financiamiento público a través de un seguro social. La provisión de los servicios clínicos pueden ser públicos, privados o mixtos. Algunos países que usan este modelo son Alemania, Francia y Holanda, entre otros.

El Modelo Privado cuenta con una Cobertura restringida, con un financiamiento privado a través de prepagos, la provisión de servicios médicos es privada. Este Modelo se utiliza en los Estados Unidos de Norteamérica.(Lopez, n.d.).

Medicina Familiar en Inglaterra

Tras la Segunda Guerra Mundial, los laboristas asumen el gobierno e instalan los cimientos para la gestación del Estado de Bienestar. Se atribuye que una consecuencia del informe realizado por William Bedverige, es la creación del Servicio Nacional de Salud (conocido como NHS, por sus siglas en inglés) en el año 1948, basado en el criterio de universalidad y acompañará a la ciudadanía en sus necesidades médicas y sanitarias en todas las etapas de la vida . El financiamiento del Modelo Sanitario se obtiene por medio de impuestos generales.

La provisión de los servicios sanitarios se realiza por medio de Centros de Salud y "walking-centres o centros comunitarios donde se puede acudir sin cita para solucionar problemas menores de salud (funcionan desde el año 2000), existe NHS Direct que es un servicio de consulta telefónica (desde 2008) y existen los Centros de Atención Continuada que entran en funcionamiento cuando cierran los Centros de Salud y los Hospitales. La provisión de servicios se realiza generalmente a través de entidades públicas pero también existen proveedores privados".(Sagrado, 2015, 110)

La entrada a toda la provisión de los servicios sanitarios es a través de la Atención Primaria y un actor clave es el Médico Familiar o General Practitioner, que hace las veces de médico de cabecera, quien realizará todas las derivaciones a centros de salud de mayor complejidad en caso de ser necesario. Además este médico hará



de garante para servicios sanitarios así como otros requerimientos de la vida ciudadana.

“El punto fuerte de la Atención Primaria en el Reino Unido es que la composición de los Centros de Salud no está determinada por el Estado. Los médicos se asocian entre ellos y «forman su equipo». ¿Qué significa esto? Pues que dependiendo de los servicios sanitarios que quieran proveer a la población, los General Practitioner contratan el personal de enfermería, secretariado, terapeutas, matronas, etc. La ventaja que ofrece esta selección de personal es que responde a las necesidades poblacionales — generalmente— y aumenta la eficiencia del trabajo en equipo”. (Sagrado, 2015, 112).

Los Centros de Salud reciben financiamiento anual del gobierno central con lo cual deben ser capaces de pagar al personal, los gastos de los recintos y deben negociar con los hospitales por exámenes y derivaciones por complejidades clínicas. Además reciben aportes extras por cumplimiento de indicadores de resultados y calidad.

Medicina Comunitaria en Cuba

La isla de Cuba, guarda una larga tradición histórica de preocupación por la atención sanitaria de su población, encontrando en el siglo XIX dos iniciativas, el Facultativo de Semana, que sería reemplazado por las Casas de Socorros, que se mantuvo hasta el advenimiento de la revolución y la toma del poder en 1959 .

Tras el establecimiento del régimen revolucionario se constituye el “primer modelo de atención primaria de salud en Cuba, el Policlínico Integral, preventivo curativo (1964), al que sustituirán como sucesivos eslabones históricos los modelos del Policlínico Comunitario (1974) y del Médico y Enfermera de la Familia (1984).” (Delgado García, 2021)

El Estado cubano reconoce a la salud como un derecho social inalienable y se concibe a la medicina con un sentido social y estatal, con plena accesibilidad y gratuidad de todos los servicios.

El sistema de salud cubano cuenta con tres niveles administrativos (nacional, provincial y municipal) y cuatro de servicios (nacional, provincial, municipal y de sector). Las direcciones provinciales y municipales de salud se subordinan administrativamente a las asambleas provinciales y municipales de los organismos de los gobiernos locales, de los que reciben el presupuesto, los abastecimientos, la fuerza laboral y el mantenimiento. Cada provincia conforma sistemas locales de salud en sus municipios. (Domínguez & Zacea, 2011,169)



Todo el sistema de salud cubano se basa en el modelo llamado “El médico y la enfermera de familia”, elaborado en 1984. Este modelo, cuya unidad de base es el núcleo familiar, con un enfoque clínico, epidemiológico y social de los problemas sanitarios. Situando el eje de acción en la prevención.

Los 436 policlínicos comunitarios y los 15.000 consultorios diseminados en el territorio nacional constituyen la columna vertebral del sistema de salud en Cuba. Cada policlínico se dirige a una población de 30.000 a 60.000 personas y colabora estrechamente con entre 20 y 40 consultorios. Un policlínico ofrece como promedio una veintena de servicios diferentes: rehabilitación, radiología, ecografía, endoscopia, servicios de emergencia, traumatología, laboratorio clínico, planificación familiar, trombolisis, urgencias médico-dentales, atención materno-infantil, inmunización y atención a las personas con diabetes, geriatría, dermatología, psiquiatría, cardiología, medicina familiar y medicina interna, pediatría, obstétrica y ginecología. (Lamrani, 2021)

Modelo Sanitario en Chile



El modelo sanitario de Chile, se funda en las mismas premisas de los modelos instaurados en Europa Occidental, el modelo Bismark, es decir es un sistema fundado sobre la base de seguros obligatorios, que financian las empresas y los trabajadores y donde los usuarios pueden determinar si acceder a la provisión de servicios médicos en el aparato estatal o en instituciones privadas

En 1952 con la Ley 10.383, se crea el Servicio Nacional de Salud, en los primeros años del servicio, el énfasis está puesto en la integración político administrativa del servicio. Posteriormente el acento se pone en cómo vincular la organización y distribución de los servicios de salud con poblaciones definidas, con el interés de mejorar la eficiencia y la operación efectiva del sistema.

El Servicio Nacional de Salud se estructura dividiendo al país en 18 zonas de salud y cada una de ellas en Centros de Salud, con un total de 27. Para el ejercicio propio de las funciones del nivel central, estas zonas se agrupan en cuatro grandes zonas o macro zonas: Norte, Santiago RM, Central-Sur y Sur. (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2007, 10)

Los establecimientos municipales son los únicos que reciben su financiamiento de acuerdo con un sistema per cápita calculado con base en el costo de un Plan de Salud Familiar que incluye un paquete



básico de prestaciones pactado con los equipos municipales considerando el volumen de la población registrada, sus características socioeconómicas y la cantidad de servicios prestados. De esta manera, el financiamiento queda ligado a la capacidad de los establecimientos para atraer y conservar a su clientela y a las características socioeconómicas y demográficas de la población. En los casos de municipios escasamente poblados, las municipalidades reciben una cantidad fija a fin de evitar que las asignaciones per cápita resulten insuficientes. (Becerril et al., 2011)

Definiciones de Eficacia, Eficiencia y Efectividad

Todo empeño humano tiene por pretensión aportar con algún resultado beneficioso para quienes reciben ese esfuerzo. Procurar medir de algún modo ese aporte o beneficio es bastante complejo, sobre todo cuando se trata de instituciones públicas y sus servicios son cotidianamente demandados. Según la Real Academia de la Lengua Española (RAE) definiremos eficacia como la capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera, y define eficiencia como la capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado. En términos simples entenderemos que la primera es alcanzar el logro y lo segundo que el logro lo realizaremos considerando los recursos involucrados al menor costo posible. Finalmente entenderemos por efectividad, la realidad o que tiene validez, es decir que debe existir relación virtuosa entre la eficacia y la eficiencia.

Para todos aquellos que deben gestionar recursos para el logro de los objetivos es primordial alcanzar siempre estos conceptos para desarrollar una buena gestión. El Estado y su despliegue institucional por medio de las Políticas, Planes y Programas también está exhortado a buscar la excelencia por medio del logro de los objetivos institucionales con una adecuada relación con los recursos y costos involucrados. El tema se vuelve más complejo de abordar cuando hablamos de la salud de la ciudadanía, sus necesidades y carencias sanitarias y que el Estado se prepara por medio de un



Sistema de Salud en el cual existen variados dispositivos sanitarios en red, que contribuyen sinérgicamente para resolver las demandas.

Los valores que orientan al sistema sanitario son: el derecho de toda persona al goce del grado máximo de salud, la equidad y la solidaridad. De lo anterior comprenderemos a la salud como un derecho inalienable y universal, siempre pretendiendo otorgar acceso a servicios de salud integrales, oportunos y de calidad, en la contribución financiera, y en acceso a ambientes saludables, en donde las personas contribuyen financieramente al sistema según su capacidad y reciben servicios según su necesidad, y no de acuerdo a su capacidad de pago. (Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo, 2019, 13).

A nivel consistorial, el sector salud puede estar organizado como un Departamento al interior de la propia municipalidad, o en algunos casos, como corporaciones de salud. Cada municipalidad tiene la obligación de elaborar un Plan de Salud que considere las orientaciones y directrices del Ministerio de Salud .

Cuando se trabaja en salud es importante realizar gestión orientada a resultados, y por eso que encontramos en las Orientaciones Para La Planificación Y Programación en Red para el año 2019 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud, estableciendo que en la etapa de planeación , los pasos primordiales son:

- Identificar objetivos, indicadores y metas que permitan evaluar los resultados.
- Identificar niveles concretos de responsables del logro de las metas.
- Establecer sistemas de control de gestión internos donde queden definidas las responsabilidades por el cumplimiento de las metas en toda la organización, así como también los procesos de retroalimentación para la toma de decisiones.
- Vincular el presupuesto institucional al cumplimiento de objetivos.
 - Determinar incentivos, flexibilidad y autonomía en la gestión de acuerdo a compromisos de desempeño.

La planificación es un medio constituido por un conjunto articulado de técnicas, instrumentos y herramientas específicas para la obtención de un fin u objetivo como, por ejemplo, dar cobertura de prestaciones en salud a población objetivo. (Subsecretaría de Redes Asistenciales MINSAL, 2018, 31)

Toda planeación anual de salud, elaborada por las municipalidades o sus corporaciones deben contar con a lo menos: El Diagnóstico de la situación comunal; Plan de cuidados de salud de la población; determinar la dotación de personal; el programa de las acciones de capacitación; la propuesta de plan de trabajo.

El Plan de Salud de la Comuna de Recoleta para el periodo 2020-2022, se establece como hoja de ruta de la política sanitaria, en la



cual se determina como objetivo estratégico e histórico de “salud en todas sus políticas” (Departamento de Salud - Municipalidad de Recoleta, 2019, 11) busca contribuir a enfrentar las necesidades y problemas de salud de las personas que viven, trabajan y/o estudian en la jurisdicción de la comuna de Recoleta.

Para alcanzar estos propósitos se recoge la declaración de Alma Ata y se integra al diseño del Modelo de Desarrollo Comunal, del cual el Modelo de Salud Familiar, Comunitario y Territorial con enfoque de derechos es parte esencial. Todo este diseño se logra gracias a la contribución de los funcionarios y funcionarias que hacen efectiva la propuesta y a la comunidad que tras su organización en relación activa y directa con el municipio.

Medición de la eficacia de la gestión en instituciones de salud

Generalmente se sostiene que la eficacia de la gestión en instituciones sanitarias se puede medir por el cumplimiento de objetivos sanitarios, por un lado y la percepción de los usuarios respecto a los resultados, por el otro. La medición de la eficacia debe enfocarse a indicadores relacionados con el bienestar físico, mental y social; lo que debe ser garantizado por los sistemas de planificación de las organizaciones de salud. (Eraso et al., 2017, 3)

Un elemento que dificulta cualquier medición en salud es la transición de procesos que contribuyen a la ausencia de enfermedades hacia la evaluación de gestión que busca el bienestar físico, mental y social.

Hoy el sistema sanitario chileno, solo posee indicadores de desempeño de procesos, los cuales se detallan:

Metas Sanitarias Ley 19.813, asociada al cumplimiento de metas sanitarias y al mejoramiento de la atención proporcionada a los usuarios de la atención primaria de salud



Índice de la Actividad de la Atención Primaria

Indicadores de los programas de reforzamiento: Monitoreo de prestaciones

Registros REM: registro de las acciones de la atención primaria

Registro SIGGES: registro de las prestaciones GES

Reportes a Contraloría General de República: revisión de lo transferido versus lo ejecutado.

Indicadores de creación local

Se pueden establecer diferentes criterios para realizar las evaluaciones

- ❖ Criterios de costo - efectividad
- ❖ Criterios de eficacia
- ❖ Criterios de eficiencia

Los indicadores se pueden clasificar considerando dimensiones tales como estructura, de procesos, de resultados, entre otros

Ejemplos de panel de indicadores para medición de la calidad en

Dimensiones	Tipo de indicadores
Estructura	<ul style="list-style-type: none"> • Equipamiento • Artículos disponibles para la atención clínica • Disponibilidad de recursos humanos • Capacitación de recursos humanos • Disponibilidad de medicamentos • Infraestructura de los establecimientos • Tecnología clínica y de registro de información • Tiempos de espera para atención de profesional de salud • Referencia y contrarreferencia en salud • Procesos de estratificación de pacientes según riesgo
Procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Uso de guías clínicas basadas en evidencia para abordar enfermedades
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de manejo de enfermedades crónicas cardiovasculares • Protocolos de tamizaje de enfermedades prevalentes • Diagnóstico prematuro de enfermedades • Abordaje de factores de riesgo cardiovascular • Experiencia del paciente o satisfacción usuaria • Eficiencia en el uso de recursos • Impacto en mortalidad • Impacto en morbilidad • Hospitalizaciones evitables • Reducción en disparidades asociadas a la atención de salud

sistemas de salud (Donabedian, 1960)

Fuente: Orientaciones para la planificación y programación en red. Minsal 2018

VI. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

Para lograr una acabada investigación del tema abordado es vital conocer las condiciones objetivas y subjetivas donde se desarrolla la tarea de brindar servicios sanitarios y médicos a los vecinos y vecinas de La Comuna de Recoleta y que nos aportarán datos relevantes de contexto y que de algún modo condicionan o afectan el proceso

Características Relevantes de la Comuna

La Comuna de Recoleta y sus límites jurisdiccionales fueron creadas mediante el Decreto con Fuerza de Ley N° 1-3.260 del año 1981, publicado en el Diario Oficial del 17 de mayo de 1981, territorio que hasta diciembre de 1991 es administrado por las Municipalidades de Conchalí y Santiago. Mediante el Decreto con Fuerza de Ley N° 29-18.992 del año 1991, se crea la Municipalidad de Recoleta, la que a partir del 1 de enero de 1992 se hace cargo de la administración de la comuna. Una de las mayores improntas de la comuna es su heterogeneidad cultural, con zonas de gran valor patrimonial e histórico, su diversa actividad económica desde ventas de abastos enclavados históricamente en la ribera del río Mapocho la cual ha sido beneficiada con las distintas oleadas de inmigrantes que se han ido avecindando en la comuna: árabes, palestinos, coreanos, peruanos y hoy haitianos; heredera de la Chimba colonial se alza un barrio dedicado a los restaurantes y lugares de entretención

como bares o galerías de arte y ateliers; y un sector industrial alojado en la zona norte de la comuna.

Algunos centros de relevancia cultural de la región están el Cementerio General; la Iglesia Recoleta Franciscana, el convento de la Recoleta Dominica (declarada monumento nacional) y la iglesia La Viñita, la más antigua de Chile, fundada por Ines de Suarez en el siglo XVI. Administrativamente la comuna se ha organizado en 9 Macrozonas y 36 Unidades Vecinales. En cada macrozona se ha establecido un Centros de Salud Familiar (CESFAM) referencial asignado

Macrozonas	Unidades Vecinales	CESFAM
1	1, 2, 3, 4, 8	DOC. JUAN PETRINOVIC
2	7, 9, 10, 11	DOC. JUAN PETRINOVIC
3	5, 6	QUINTA BELLA
4	12, 13, 14	QUINTA BELLA
5	17, 18, 19, 24	RECOLETA
6	16, 20	QUINTA BELLA
	23	RECOLETA
7	15, 21, 22	QUINTA BELLA
8	25	RECOLETA
	26A, 26 B, 27, 28, 29, 30,	DOC. PATRICIO HEVIA
9	31, 32, 33, 34, 35	RECOLETA

Fuente: Elaboración propia

Características de su población

La Población total para la Comuna de Recoleta es de 172.058 habitantes, según proyección INE para el año 2019-2020, la cual se desagrega de la siguiente manera:

Tabla: Características de la Población Comuna Recoleta 2019

Territorio	Total INE Población 2019	Hombres	% Población Masculina	Mujeres	% Población Femenina
Recoleta	172.058	84.688	49,2%	87.370	50,8%
Región	7.915.199	3.903.339	49,3%	4.011.860	50,7%
País	19.107.216	9.424.139	49,3%	9.683.077	50,7%

Territorio	Total INE Población 2020	Hombres	% Población Masculina	Mujeres	% Población Femenina
Recoleta	172.820	85.074	49,2%	87.746	50,8%
Región	8.125.072	4.010.416	49,4%	4.114.656	50,6%
País	19.458.310	9.599.101	49,3%	9.859.209	50,6%

Fuente: Datos comuna Proyecciones INE 2002-2020. Datos País y RM proyección INE 1992-2050

Considerando los determinantes sociales de la salud, que afectan la vida de quienes viven y trabajan en el territorio comunal que han definido el Plan de salud comunal tenemos el envejecimiento de la población, aumento de enfermedades cardiovasculares, aumento de discapacidad en población adulta y adulta mayor, migración

intercultural, altas tasas de enfermedades mentales (Departamento de Salud - Municipalidad de Recoleta, 2019, 22)

La distribución de la población segmentada por grupo de edad registra las tendencias similares a la realidad regional y nacional, la cual se puede observar en el siguiente cuadro:

Comuna	Indicadores	2019	2020
Recoleta	IM (por 100 mujeres)	95,81	95,78
	IAM (por 100 menores de 15 años)	135,55	140,74
	IDD (por 100 personas PA)	64,19	65,71
	Total	172.058	172.820
	Hombres	84.688	85.074
	Mujeres	87.370	87.746
	Total	172.058	172.820
	Menores de 15	29.875	29.806
	15-59	107.353	106.923
	60 años o más	34.830	36.091

Fuente: Datos comuna Proyecciones INE 2002-2020. Datos País y RM proyección INE 1992-2050

La Comuna de Recoleta se encuentra en una transición demográfica avanzada, destacándose el porcentaje de población de adulto mayor con un superando en más de dos puntos porcentuales a los valores país y región

Uno de los determinantes del sistema de financiamiento es el ingreso per cápita y los Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) y cuyas atenciones están determinados por la población inscrita en los centros de salud de la comuna, a

continuación se presenta cuadro con la población inscrita validada en los CESFAM de la Recoleta.

Población Inscrita Validada								
CESFAM	2017	%	2018	%	2019	%	2020	%
Recoleta	30690	34	31117	35	31811	34	34151	35
Quinta Bella	24937	28	24529	27	25883	28	27608	29
P. Hevia	10481	12	10681	12	10756	12	10615	11
Petrinovic	24340	27	23663	26	23791	26	24304	25
Total	90448		89990		92241		96678	

Fuente: Elaboración Propia.

Según los datos del censo 2017 , la comuna de Recoleta registra 157.881 habitantes, de los cuales 77.709 son hombres y 80.142 son mujeres. Del total, 24.065 son extranjeros, lo cual representa un 15,24% de la población total.

De acuerdo a las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas INE, a diciembre de 2018 se estimó que la población extranjera de la región Metropolitana ascendía a 789.412 personas, de un total de 1.251.225 a nivel nacional. En Recoleta se estima una población foránea de 33.345 personas.

De acuerdo a los registro comunal del sistema Rayen, se encuentran registradas 34.439 personas en los Centros de Salud Familiar de la comuna de Recoleta.

Tabla: Población Extranjera por CESFAM 2019

Cesfam	Población Inscrita a validez a diciembre 2018	Registro diferenciado por sexo			Total extranjeros/as registrados/as
		Hombres	Mujeres	No precisi	
Recoleta	31.778	6.391	11.791		18.193
Quinta Bella	25.834	4.145	6.452	6	10.603
Patricio Hevia	10.742	1.170	1.685	2	2.857
Juan Petrinovic	23.773	1.096	1.688	2	2.786
Total	92.127	12.802	21.616		34.439

Fuente: Plan de Salud 2020 - Recoleta

Respecto al origen de la población, según los registros comunales a Julio de 2019, se presenta cuadro donde se presentan las 10 nacionalidades con mayor población

Nacionalidad	2018	2019 (julio)
Peruana	16.880	18.073
Haitiana	4.405	4.786
Venezuela	2.288	3.527
Bolivia	2.031	2.280
Colombia	1.933	2.212
Dominicana	1.155	1.328
Ecuador	707	834
Argentina	339	361
Paraguay	209	209
Alemania	141	164

Fuente : Plan de Salud 2020 – Recoleta

Modelo de Salud Familiar con territorial en Recoleta

El actual modelo de salud familiar, comenzó a implementarse desde el año 2014, ajustando a las orientaciones y directrices del Ministerio de Salud, la Política de Desarrollo Comunal y el programa de gobierno comunal. Se pone en relevancia la presencia de equipos de cabeza presentes en diversas organizaciones sociales y funcionales de toda índole.

La implementación se traduce en una transición del Sector a un Territorio que atienda a una población de 2.500 personas, compuestas por aproximadamente 500 a 700 familias. Por esta razón, cada Equipo de cabecera Territorial de Salud contará con un Coordinador de Equipo, quién llevará la representación del Territorio, vinculándose a cada Centro de Salud Familiar CESFAM. Al año 2020, se cuenta con 18 puntos de atención territorial fuera de los establecimientos de salud con funcionamiento parcial y/o total, que ha permitido acercar la salud a la comunidad a no más de 800 metros de sus hogares.

<p>CESFAM Recoleta:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidad Vecinal 31 - Casa Del Adulto Mayor - Sede Comunitaria Claudio Matte - Territorio 3 - Junta De Vecinos N° 17 - Sede Vecinal Uv 35- Dardignac - Sede Vecinal 23-25 	<p>CESFAM Patricio Hevia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unidad Vecinal Presidente Lincoln - Unidad Vecinal 28: Valdivieso unido - Unidad Vecinal 26 A y 26 B
<p>CESFAM Quinta Bella</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sede Territorio 3 - Parroquia Reina de Chile - Sede Cardenales - Territorio 6 - Sede territorio 3 	<p>CESFAM Petrinovic</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sede Vecinal Huber Benitez T1 - Centro Comunitario Elena Maya T2 - Territorio 7

Fuente Plan de Salud (Departamento de Salud - Municipalidad de Recoleta, 2019, 46)

Características Relevantes de la Administración Jadue

La propuesta de valor de la administración está centrada en ofrecer una gestión que pone al centro a las personas, con un municipio que sea capaz de ofrecer servicios y bienes públicos a los que puedan acceder materialmente sin grandes traslados ni pérdida de tiempo.

Otra característica relevante es el proceso innovador en la generación de políticas públicas locales, con participación ciudadana temprana y vinculante, que respondan a las necesidades sentidas de la comunidad, entendiendo que la salud, la educación, el deporte y la cultura como derechos de los vecinos y sus familias de Recoleta.

Algunos de los ejemplos más valorados están La Farmacia Popular, iniciativa que busca ofrecer remedios de gran demanda de la comunidad a precios muy rebajados, por los volúmenes de compra; La Óptica Popular, que funciona en la misma lógica de reducción de costos de intermediarios. En el plano educacional está la Universidad abierta, que busca la socialización de conocimiento de las más variadas áreas de las ciencias y la Escuela Abierta a la comunidad para que los vecinos y vecinas tengan un espacio seguro para realizar las iniciativas colectivas o acceder a talleres preparados por el municipio. Otras iniciativas de menor difusión están la Inmobiliaria Popular, que son arriendos a precios justos; Licencias Conducir gratis para los estudiantes de cuarto medio de los liceos municipales, y las becas de educación superior, entre otros.

Finalmente, en materia de salud es el aumentar la oferta de los servicios sanitarios y médicos que se proveen en los Centros de Salud Familiar, realizando atenciones médicas a los distintos territorios y barrios de la comuna, en juntas de vecinos u otras sedes sociales y/o comunitarias.

Un reconocimiento al liderazgo impulsado por la administración se expresa con la adhesión a su propuesta programática, la cual queda de manifiesto con la gran votación alcanzada y con su constante crecimiento.

Participación Electoral periodo 2012 a 2021

candidaturas	Eleccion 2012	Eleccion 2016	Eleccion 2021
Jadue	39,89 %	56,14 %	64,08 %
1er seguidor	35,40 %	38,28 %	23,86%
2do seguidor	18,23%	3,28 %	12,06 %

Fuente : Elaboración Propia, basada en la estadísticas publicadas por Servel.

Análisis de las Estadísticas de los Servicios Clínicos En Recoleta

Para tener un acercamiento respecto de la adhesión de los usuarios para recibir los servicios clínicos médicos realizados por el Departamento de Salud en la Comuna de Recoleta revisaremos las atenciones realizadas durante el año 2019 . Esta información fue obtenida desde el sistema administrativo y de Gestión Rayen.

En el cuadro siguiente se presenta la estadística correspondiente a las atenciones segmentadas por las Unidades Vecinales que pertenecen a la jurisdicción del Centro de Salud Familiar Dr. Juan Petronovich. realizadas durante el año 2019.

Atenciones en Centro de Salud Familiar Dr. J Petronovic año 2019

Abierta	715	Cerrada	308495	Total 309210
	3		7232	
Fuera de Sector	39	Fuera de Sector	19010	
No Informado	3	No Informado	1842	
Territorio 1 (UV 1)	56	Territorio 1 (UV 1)	42769	
Territorio 10 (UV 10)	56	Territorio 10 (UV 10)	25699	
Territorio 11 (UV 11)	12	Territorio 11 (UV 11)	17797	
Territorio 2 (UV 2)	127	Territorio 2 (UV 2)	54819	
Territorio 3 (UV 3)	71	Territorio 3 (UV 3)	49178	
Territorio 4 (UV 4)	45	Territorio 4 (UV 4)	27881	
Territorio 7 (UV 7)	248	Territorio 7 (UV 7)	30596	
Territorio 8 (UV 8)	32	Territorio 8 (UV 8)	21215	
Territorio 9 (UV 9)	23	Territorio 9 (UV 9)	10457	

Fuente : Sistema Rayen

Para efectos del análisis se considera atención cerrada a la atención realizada por el profesional clínico. En cambio la atención cerrada a la atención que a pesar de estar agenda, no se realizó, independiente de la causa.

En el cuadro siguiente se presenta la estadística correspondiente a las atenciones segmentadas por las Unidades Vecinales que

pertenecen a la jurisdicción del Centro de Salud Familiar Quinta Bella realizadas durante el año 2019.

Atenciones en el Centro de Salud Familiar Quinta Bella año 2019

Abierta	2923	Cerrada	212282	Total 215205
	34		3519	
Fuera de sector	62	Fuera de sector	3737	
No Informado	52	No Informado	4444	
Territorio 1 (UV 20-23)	335	Territorio 1 (UV 20-23)	22983	
Territorio 2 (UV 20-23)	580	Territorio 2 (UV 20-23)	43038	
Territorio 3 (UV 16)	460	Territorio 3 (UV 16)	30452	
Territorio 4 (UV 5-12)	303	Territorio 4 (UV 5-12)	20022	
Territorio 5 (UV 13)	181	Territorio 5 (UV 13)	13697	
Territorio 6 (UV 14)	164	Territorio 6 (UV 14)	15394	
Territorio 7 (UV 15)	201	Territorio 7 (UV 15)	11731	
Territorio 8 (UV 15)	185	Territorio 8 (UV 15)	15718	
Territorio 9 (UV 21-22)	366	Territorio 9 (UV 21-22)	27547	

Fuente : Sistema Rayen

En el cuadro siguiente se presenta la estadística correspondiente a las atenciones segmentadas por las Unidades Vecinales que pertenecen a la jurisdicción del Centro de Salud Familiar Patricio Hevia realizadas durante el año 2019

Atenciones en el Centro de Salud Familiar Patricio Hevia año 2019

Abierta	1978	Cerrada	109092	Total 111070
	1		847	
No Informado	30	No Informado	1928	
Territorio 1 (UV 27)	627	Territorio 1 (UV 27)	26187	
Territorio 2 (UV 29-30)	142	Territorio 2 (UV 29-30)	16969	
Territorio 3 (UV 26a-26b)	839	Territorio 3 (UV 26a-26b)	38121	
Territorio 4 (UV 28)	339	Territorio 4 (UV 28)	25040	

Fuente : Sistema Rayen

En el cuadro siguiente se presenta la estadística correspondiente a las atenciones segmentadas por las Unidades Vecinales que pertenecen a la jurisdicción del Centro de Salud Familiar Recoleta realizadas durante el año 2019.

Abierta	66	Cerrada	240095	Total 240161
	4		4149	
Territorio 10 (UV 23-25)	7	Fuera de sector	1855	
Territorio 2 (UV 17)	12	No Informado	2862	
Territorio 3 (UV 19)	3	Territorio 10 (UV 23-25)	25251	
Territorio 4 (UV 18)	9	Territorio 2 (UV 17)	22800	
Territorio 5 (UV 24)	1	Territorio 3 (UV 19)	19288	
Territorio 6 (UV 32)	7	Territorio 4 (UV 18)	32340	
Territorio 7 (UV 33-34-35)	12	Territorio 5 (UV 24)	15323	
Territorio 8 (UV 31)	10	Territorio 6 (UV 32)	37373	
Territorio 9	1	Territorio 7 (UV 33-34-35)	42160	
		Territorio 8 (UV 31)	36655	
		Territorio 9	39	

Fuente : Sistema Rayen

De lo anterior podemos establecer un cuadro comparativo tanto en términos absolutos de la cantidad de atenciones y expresados en porcentajes

Atenciones	Cesfam Patricio Hevia	Cesfam Dr.Juan Petrinovic	Cesfam Quinta Bella	Cesfam Recoleta	Totales
Abiertas	1978	715	2923	66	5682
Cerradas	109092	308495	215205	240095	872887
Total	111070	309210	218128	240161	878569
Atenciones	Cesfam Patricio Hevia	Cesfam Dr.Juan Petrinovic	Cesfam Quinta Bella	Cesfam Recoleta	Totales
Abiertas	1,78%	0,23%	1,34%	0,03%	0,65%
Cerradas	98,22%	99,77%	98,66%	99,97%	99,35%
Total	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente : Elaboración Propia, elaborada en base a Rayen

Del cuadro anterior, se desprende que existe un altísimo grado de eficacia del 99,35% en la atención de vecinos de las distintas unidades vecinales.

Entrevistas a informantes claves

Tras leer las actas del concejo municipal y conocer las primeras decisiones respecto a cómo mejorar la salud, se determinó entrevistar a directivos tanto de la municipalidad como del departamento de salud. Asimismo se deseaba conocer la percepción de los usuarios y dirigentes sociales respecto de los planes de salud y el modelo de salud familiar.

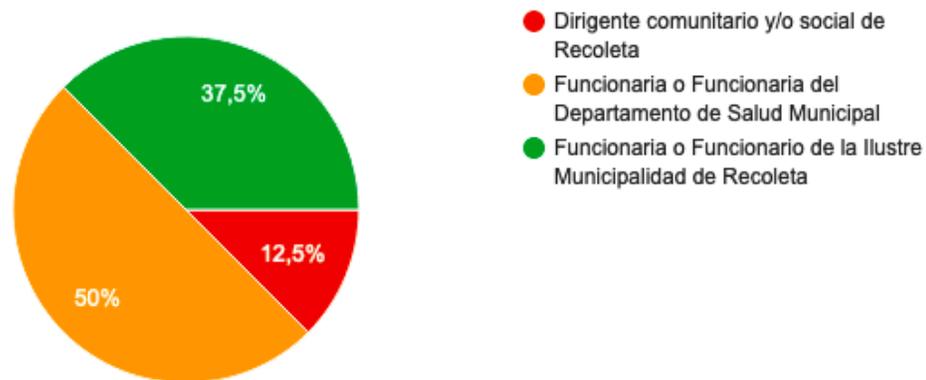
Para sistematizar se estableció un Cuestionario/Encuesta único donde se les consultó su apreciación respecto a diversos temas que permitieran entender y caracterizar de mejor manera el proceso desde sus inicios.

El documento se denominó como Encuesta La Salud Familiar en Recoleta. Este instrumento fue el mismo para todos los entrevistados

Participación de los informantes claves

La distribución de quienes respondieron la encuesta está señalado en el cuadro siguiente donde se muestra que el 50% corresponde a funcionarios pertenecientes al departamento de salud, ya sea personal que participa en la administración de la gestión o directivos de centros de salud familiar; un 37,5% corresponde a funcionarios relevantes de la gestión municipal y 12,5% corresponde a dirigentes sociales que facilitan espacio en sus unidades vecinales como

lugares de atención de esta red de atención fuera de los centros de salud familiar.



Los dirigentes respondieron en un doble rol, como dirigente social y como usuario del sistema que recibe atenciones de salud.

Análisis de las respuestas de los Informantes Claves

Ante la pregunta: *¿Podría mencionar las razones más relevantes que ayudaron a establecer el modelo de salud a partir del año 2012?*

A pesar de la diversa composición del grupo encuestado , sus respuestas se podrían resumir en que el Modelo de Salud Familiar tiene una impronta con la nueva administración de Jadue, quien en conjunto con la Directora de Salud del momento consideran que debe mejorarse la atención médica y el acceso a las atenciones debe

ser más cercano a su domicilio. Los equipos de cabecera debían realizar atenciones integrales, conocer a las familias y comunidad. La participación de los dirigentes vecinales era otro hito relevante para la implementación en los territorios.

*Ante la pregunta *Usted sabe o conoce si el diseño ha sufrido cambios relevantes con el paso de los años. ¿Podría mencionar algunos hitos relevantes o significativos?**

La totalidad de los entrevistados reconoce que esto fue un proceso planificado y gradual porque se inició con dar mejorar las condiciones y recursos necesarios para mejorar el trabajo que se realizaba en los CESFAM y como una segunda etapa la implementación de la atención en sedes comunitarias. Asimismo se reconoce el aumento en la dotación de profesionales de la salud.

*Con la pregunta *¿Cuáles son los cambios percibidos por usted en el sistema de salud familiar de recoleta a partir del año 2012 respecto del Acceso a la atención?**

El 93,75% de los entrevistados indica como cambios significativos el aumento de atenciones y mejor cobertura territorial.

Un 6,25% de los entrevistados releva que no ve mayores cambios en el acceso, a excepción de los usuarios que se atienden en los territorios, los cuales no superan el 10% aproximadamente de la población comunal atendida en los centros de salud.

Frente a la pregunta *¿Cuáles son los cambios percibidos por usted en el sistema de salud familiar de recoleta a partir del año 2012 respecto a la Cobertura Territorial en la comuna?*

La totalidad de los entrevistados indica que aumentó la cobertura permitiendo que los usuarios puedan trasladarse a un lugar cercano a su hogar para recibir atención.

Respecto de la pregunta *¿Cuáles son los cambios percibidos por usted en el sistema de salud familiar de recoleta a partir del año 2012 respecto del financiamiento?*

Un 81,25% de los entrevistados considera que ha existido un incremento en el financiamiento, el cual se utilizado en aumentar la dotación de personal .

Un 12,50% de los entrevistados considera que es un proyecto muy caro, se multiplican los equipos de salud, instrumentos, mantención de luz, agua, calefacción, seguridad, transporte de los funcionarios, refacción de las instalaciones.

Mientras que el 6,25% restante dice que desconoce el tema.

Frente a la pregunta *¿Podría señalar características relevantes respecto de la población de Recoleta ?*

El 81,25% de los entrevistados indican que las principales características es una población envejecida, con carencias económicas y una población migrante considerable respecto de otras comunas.

El 18,75% de los entrevistados señalan que la característica más relevante es una población que está en condición de pobreza multidimensional.

Con la pregunta ¿Algunas de las características de la población han determinado o condicionado de algún modo el sistema de salud familiar y los planes de salud comunales?

El 56,25% de los entrevistados indica que la migración ha impactado en una mayor demanda de atención materno infantil y con énfasis en la facilitación intercultural. Por otro lado, la población de adultos mayores ha demandado profesionales que apoyen en la mantención de la funcionalidad y autovalencia.

Un 31,25% de los entrevistados, indica que sí, pero no con mayor detalle. Finalmente el 12,5% señala que no sabe o no responde.

Frente a la pregunta *Le solicitamos que mencione a lo menos tres características importantes del sistema de salud familiar en Recoleta*

La percepción de mayoría de los entrevistados revela la cercanía territorial, lo cual hace que todo sea más expedito y se reconoce la capacidad de los profesionales que responden a las necesidades de los usuarios y que existen servicios alternativos que son complementarios a la salud tradicional

Ante la consulta *Le solicitamos que mencione a lo menos tres falencias significativas del sistema de salud familiar en Recoleta*

Claramente podemos identificar dos grandes tendencias según quién ha respondido la Encuesta. Por un lado los usuarios y dirigentes sociales de la comuna señalan que la atención fuera de los CESFAM no se pueden otorgar todas las prestaciones, no cuentan con la infraestructura necesaria y la dificultad de comunicarse telefónicamente para solicitar horas.

Por otro lado, los funcionarios municipales señalan problemas con los recursos técnicos, económicos y materiales; dificultades operacionales y que se debe reconsiderar a la baja la cantidad de puntos fuera de los CESFAM.

Ante la pregunta *¿Qué efectos o repercusiones, tanto positivas como negativas, ha tenido el funcionamiento al interior de los*

Centros Familiares de Salud el Sistema de Salud Familiar y planes de salud?

La mayoría de los entrevistados reconoce efectos positivos, aumento del conocimiento de la población a cargo ya que son menos habitantes por equipo de cabecera, lo que genera un mayor conocimiento de su población a cargo, fue posible realizar mayor cantidad de acciones que no se habían podido implementar, con participación de la comunidad.

Se destacan en lo negativo se detectó una fragmentación en las relaciones de equipos que se encontraban en los centros de salud versus aquellos de que se encontraban en sedes territoriales.

El 12,5 % de los entrevistados no sabe o no responde.

Frente a la pregunta ¿Cuál es el rol que han jugado los funcionarios clínicos y si estos han sido significativos en el Sistema de Salud Familiar y los planes de salud?

Se reconoce que los equipos de cabecera han asumido roles de liderazgo de la implementación de la estrategia y programas. se percibe que profesionales y técnicos de la salud están muy comprometidos con los compromisos y metas en la gestión, asimismo se percibe como funcionarios muy preocupados , amables con quienes se atienden y se valora mucho la preocupación hacia los usuarios y la disposición para resolver los problemas que tienen los vecinos y vecinas

Ante la pregunta ¿Cuál es el rol que han jugado los funcionarios No clínicos y si estos han sido significativos en el Sistema de Salud Familiar y los planes de salud?

Se reconoce que los funcionarios tienen muy buena disposición e información y derivando a los vecinos donde corresponda para que reciban la asistencia médica debida

asimismo se determina a los trabajadores juegan un rol relevante en lo que respecta a actualización información a la comunidad.

Frente a la consulta A su juicio, ¿ este modelo contribuye a un mejor ambiente laboral entre los funcionarios o no? Podría explicar por qué?

El 81% de los entrevistados señala que el modelo mixto de atención no mejora necesariamente el clima laboral y este se ve afectado por otras situaciones. Lo que si se reconoce es que la separación de los equipos que tienen asignados un punto de atención en las sedes versus aquellos que mantienen sus funciones en los centros, generando visiones de equipo diferentes y en algunos casos competitivas.

Un 19% señala que desconoce o no sabe.

Ante la pregunta ¿Cuál es rol de la jefatura comunal y cuál ha sido su aporte en el Sistema de Salud Familiar?

El 100% de los entrevistado reconocen que el rol del alcalde ha sido clave para implementar un modelo sanitario y mantenerlo lo cual permite resolver las necesidades sanitario de los vecinos lo cual se traduce que los vecinos y vecinas entiendan la salud como un derecho humano que les otorga dignidad

Frente a la pregunta *Podría señalar si el modelo familiar es comparable con otras experiencias en otras ciudades o países.*

El 60% de los entrevistados señala que se asemeja al modelo cubano, pero las condiciones de acá distan mucho por la idiosincrasia de los chilenos, el usuario recoletano es mucho más exigente ante sus necesidades de servicios de salud y prefiere ser atendido en instalaciones destinadas a ese fin.

El 40% restante señala que no sabe o no responde.

Ante la última pregunta A su criterio ¿ considera que la experiencia es replicable en otras comunas de Chile? ¿Podría explicar por qué?

La totalidad de los entrevistados, tanto dirigentes sociales/usuarios como funcionarios municipales, consideran que el modelo de Salud territorial si es factible de replicar siempre que se adecuen a las necesidades específicas de la población y se logre establecer un vínculo con las organizaciones sociales de la comuna

VII. CONCLUSIONES

Este trabajo exploratorio pretendió conocer inicialmente el diseño de una política pública desarrollada en un municipio que a partir de una situación concreta como era la subutilización de recursos financieros que no se utilizaban, en donde no se brindaban los servicios adecuadamente a los vecinos y vecinas amparado en equipos deficientes, alta rotación personal de personal médico, personal no clínico con escasa motivación y sin posibilidades de capacitarse, todo esto en con una infraestructura muy deficitaria.

A partir de las condiciones materiales existentes, el alcalde Jadue prepara una propuesta que incluye, mejora del sistema, diseño e implementación de la propuesta alternativa que es la Salud Familiar con una impronta territorial. Esta propuesta política, tiene la incorporación de Maria Teresa Chadwick como directora asume un rol preponderante y clave, porque es quien lidera el proceso técnico y lo viabiliza.

Tras la recopilación de antecedentes podemos señalar que el sistema de Salud Familiar es un modelo que cuenta con aceptación y que permite el acceso al sistema de salud, que aumentó la cobertura territorial y que hay un aporte relevante de financiamiento.



Se le reconoce como un modelo sanitario que funciona adecuadamente, que se ha ajustado a los requerimientos sanitarios a las necesidades para migrantes o adultos mayores

El modelo de funcionamiento del modelo de Salud Familiar tiene en su esencia el propósito de desplegarse en un territorio , en un área acotada para lo cual se establece un equipo médico clínico para una población objetivo de 2500 personas, estimándose una atención de 500 grupos familiares, desplegándose en el caso de la Recoleta en 32 unidades territoriales, realizando las atenciones en las sedes de las organizaciones sociales, funcionales o vecinales.

Durante la realización de esta investigación, todos los entrevistados le reconocen bondades a este sistema, entre los que contamos una mayor cercanía con la población objetivo, llegando a la prestación médica más pronta, lo cual descomprime la labor en los Centros de Salud Familiar; la existencia de equipos de cabecera, empatía por parte de los funcionarios hacia los usuarios y participación de la comunidad. Además esto se complementa con otros servicios como la Farmacia Popular o la Óptica Popular.

También adolece de problemas tales como los altos costos que significa operativizar la gestión fuera de los centros de salud, la imposibilidad de realizar acciones clínicas que solo se pueden realizar en los CESFAM, entre otros.

Por otro lado, el Modelo Familiar es eficiente ya que satisface las necesidades las necesidades de salud para la población bajo su jurisdicción, respondiendo frente a los lineamientos de las



autoridades sanitarias y a satisface los controles administrativos de los órganos centrales del Estado chileno tanto en materia de salud, así como del uso de los recursos públicos.

Finalmente podemos señalar que el Modelo de Salud Familiar de Recoleta alcanza efectividad porque logra responder, dentro de su ámbito de acción con respuestas médicas establecidas para la Atención Primaria y logrando niveles de eficiencia que se traducen en la gran cantidad de programas establecidos por el Ministerio de Salud

Por último y no menos importante, guarda relación con poner en valor lo colectivo, una sociedad que se escucha y dialoga entre sus actores es más beneficiosa que una que actúa por intereses propios; en la Modelo de Salud Familiar alcanza resultados porque existe un diálogo permanente entre vecinos, sus organizaciones sociales y la Municipalidad.

Propuestas

Lo primero es manifestar que consideramos que el Modelo de Salud Familiar es un sistema que funciona pero que puede ser perfeccionado en diversas áreas tanto en el diseño, la definiciones estratégicas como en el plano operacional. Cabe mencionar que durante la realización de este estudio exploratorio, se está levantando un estudio para documentar la experiencia y evaluar el modelo comunal de salud de Recoleta.



Tras realizar este análisis nace la inquietud si esta política pública, implementada en una municipalidad es replicable en otras municipales y la respuesta es que si se puede, pero como hemos analizado requiere de liderazgos tales que sean capaces de llevar a cabo transformaciones relevantes en su modelo sanitario. También requiere de un análisis acabado de los requerimientos de las necesidades de salud de la población, y el compromiso del personal clínico y no clínico así como un vínculo importante con los sus vecinos y sus organizaciones sociales.

Otra condición relevante tiene que ver con la capacidad de recursos que debe ser capaz generar el municipio ya que requerirá de recursos propios para contribuir a la brecha que se produce entre los aportes del órgano central por el "per capita" y el financiamiento de programas específicos y los costos reales de la gestión.

VIII. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de salud. (s.f.). *Hitos de la Salud Chilena*. Recuperado el 01 de mayo de 2021, de Hitos de la Salud Chilena: <https://www.minsal.cl/hitos-de-la-salud-chilena/>
2. Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). *Historia de la OPS*. Recuperado el 05 de MAYO de 2021, de Historia de la OPS: [https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops-:~:text=El paso de las epidemias,de la Salud \(OPS\).](https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops-:~:text=El paso de las epidemias,de la Salud (OPS).)
3. Saco Mendez, S. (1995). DECLARACIÓN DEL ALMA ATA; a cinco años de la meta. (95).
4. Facultad de Medicina Universidad del Desarrollo. (2019). Estructura y Funcionamiento del Sistema de Salud Chileno. *Serie de Salud Poblacional* (2).
5. Subsecretaria de Redes Asistenciales MINSAL. (2018). *Orientaciones Para La Planificación Y Programación En Red*.
6. Departamento de Salud - Municipalidad de Recoleta. (2019). *Plan de Salud 2020*.
7. Eraso, B., Chavez, M., & Herrera, D. (2017). ¿Cómo medir la eficacia de la gestión en instituciones de salud? *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* , 36.
8. *Obras Escogidas 1957-1967*. (1985). Editorial de Ciencias Sociales.
9. Lopez, S. (s.f.). *Sistemas de Salud Comparados*. Recuperado el 25 de Julio de 2021, de Breve recorrido histórico y el impacto de las reformas de los años 90: <http://www.monografias.com/trabajos34/sistemas-salud/sistemas-salud.shtml>

10. Sagrado, T. (2015). La Atención Primaria en el Reino Unido. *Semergen* (42), 110-113.
11. Delgado García, G. (2021). Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. *REvista Cubana Salud Pública* , 31 (2).
12. Domínguez, E., & Zacea, E. (2011). Sistema de Salud de Cuba. *Salud Pública de México* , 53 (2).
13. Lamrani, S. (2021). *El Sistema de Salud de Cuba; origen, doctrina y resultados*. Recuperado el 29 de 07 de 2021, de Open Edition: <https://journals.openedition.org/etudescaribeennes/21413>
14. Becerril, V., De Dios Reyes, J., & Manuel, A. (2011). Sistema de Salud en Chile. *Salud Publica de Mexico* , 53 (2).
15. Subsecretaria de Redes Asistenciales. (2007). *La Red Pública de Salud* (Vol. 18).



Lecturas Referenciales

1. ¿Cómo medir la eficacia de la gestión en instituciones de salud? Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas. 2017;36(3)
2. Metodología para la evaluación de la relación costo-efectividad en centros de atención primaria de Chile. Revista Panamericana de Salud Pública 28(5), 2010.
3. Diseño e implementación de un modelo de indicadores de gestión para evaluar el desempeño de hospitales públicos. Tesis Magíster en Control de Gestión FEN Universidad de Chile, 2017.

ANEXOS

ANEXO 1 Pauta o Cuestionario de entrevista

1. ¿De qué manera usted se relaciona con el sistema de salud familiar de Recoleta implementado a partir del año 2012?
2. ¿Podría mencionar las razones más relevantes que ayudaron a establecer el modelo de salud a partir del año 2012?
3. Usted sabe o conoce si el diseño ha sufrido cambios relevantes con el paso de los años. ¿Podría mencionar algunos hitos relevantes o significativos?
4. ¿Cuáles son los cambios percibidos por usted en el sistema de salud familiar de recoleta a partir del año 2012 respecto del Acceso a la atención?
5. ¿Cuales son los cambios percibidos por usted en el sistema de salud familiar de recoleta a partir del año 2012 respecto a la Cobertura Territorial en la comuna?
6. ¿Cuales son los cambios percibidos por usted en el sistema de salud familiar de recoleta a partir del año 2012 respecto del financiamiento?
7. ¿Podría señalar características relevantes respecto de la población de Recoleta ?
8. ¿Algunas de las características de la población han determinado o condicionado de algún modo el sistema de salud familiar y los planes de salud comunales?
9. Le solicitamos que mencione a lo menos tres características importantes del sistema de salud familiar en Recoleta
10. Le solicitamos que mencione a lo menos tres falencias significativas del sistema de salud familiar en Recoleta

11. ¿Qué efectos o repercusiones, tanto positivas como negativas ha tenido el funcionamiento en los centros comunitarios (fuera de los CESFAM) el Sistema de Salud Familiar y planes de salud?
12. ¿Qué efectos o repercusiones, tanto positivas como negativas, ha tenido el funcionamiento al interior de los Centros Familiares de Salud el Sistema de Salud Familiar y planes de salud?
13. ¿Cuál es el rol que han jugado los funcionarios clínicos y si estos han sido significativos en el Sistema de Salud Familiar y los planes de salud?
14. ¿Cuál es el rol que han jugado los funcionarios no clínicos y si estos han sido significativos en el Sistema de Salud Familiar y los planes de salud?
15. A su juicio, ¿este modelo contribuye a un mejor ambiente laboral entre los funcionarios o no? Podría explicar por qué?
16. ¿Cuál es el rol de la jefatura comunal y cuál ha sido su aporte en el Sistema de Salud Familiar?
17. Podría señalar si el modelo familiar es comparable con otras experiencias en otras ciudades o países
18. A su criterio, considera que la experiencia es replicable en otras comunas de Chile? Podría explicar por qué?