

**Proyecto Políticas Públicas 2005.**  
**Pontificia Universidad Católica de Chile**

**Contribuyendo a la reducción de la brecha entre las políticas de salud nacionales y su  
ejecución en el nivel primario de salud como consecuencia de la gestión local: un  
aporte a la evaluación sistemática y mejoramiento de las prácticas de gestión para  
favorecer el éxito de la reforma de salud.**

Dr. Fernando Poblete A  
Departamento Medicina Familiar  
Escuela de Medicina  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Dr. Sergio Araya M  
Jefe de la Unidad de Gestión de la Información  
Área de Salud  
Corporación Municipal de Salud, Educación y Atención de Menores  
Puente Alto

Dr. Tomás Pantoja C  
Departamento Medicina Familiar  
Escuela de Medicina  
Pontificia Universidad Católica de Chile

Fernando Torres M  
Economista  
División de Políticas y Estudios,  
Subsecretaría de Desarrollo Regional

## Introducción

La situación de salud de la población chilena muestra notables avances en las últimas décadas. Por ejemplo, la mortalidad infantil, uno de los indicadores más utilizados para comparar entre naciones, es superada solo por tres países en las Américas: Cuba, Estados Unidos y Canadá. Similares conclusiones se obtienen si se examinan otros indicadores, tanto de resultados en salud como de provisión de servicios (OMS, 2006).

Si bien es cierto, la causa de este nivel de salud es multifactorial, gran parte de los logros son debidos a la implementación de políticas sociales que tienen directa relación con el nivel de salud de una población. Entre ellas, podemos mencionar trabajo, salud, educación, alimentación y medio ambiente.

En el sector salud, específicamente, diversas políticas públicas se vienen aplicando desde hace un largo tiempo para enfrentar los problemas más prevalentes. Al mismo tiempo, los cambios asociados a factores sociales, económicos y políticos han generado cambios demográficos y epidemiológicos que han transformado a nuestro país, sufriendo lo que se suele llamar transición epidemiológica. En este contexto, se ha iniciado un nuevo ciclo de reforma a la salud, donde distintos planes y programas se han diseñado para abordar los desafíos en salud que hoy enfrentamos.

Por otra parte, la descentralización es una política nacional que se cruza con el sector salud, en particular cuando parte de los planes y programas se realizan en la atención primaria, en su mayoría bajo el control municipal. De este modo, una potente estrategia de desarrollo, como lo es la descentralización, juega un rol fundamental en este sector. En tal sentido, fortalecer aquellos elementos que sustentan y orientan la descentralización, y generan capacidades locales, son estrategias que potencian la implementación de las políticas sectoriales de salud.

Considerando lo anterior, y mientras el MINSAL ha desarrollado un proceso de definición de políticas de salud reconocido a nivel mundial, la administración de los centros de salud a nivel municipal y la definición de políticas a nivel local presenta una variabilidad importante de comuna en comuna. Esta propuesta plantea una mirada general a las políticas públicas en salud, desde distintos niveles, centrandose su atención en los aspectos organizacionales del efector local (nivel municipal). En particular, propone implementar en la Atención Primaria un modelo de apoyo a la toma de decisiones que permita mejorar la eficiencia al momento de decidir como ejecutar planes y programas que dan cuenta de las prioridades nacionales en el sector. No pretende ser una respuesta única al problema de la implementación, donde, sin duda, participa y es responsable también quien diseña y disemina esta política (desde una perspectiva de la implementabilidad y el financiamiento en el contexto que se realiza) junto con el efector final municipal.

## **I. Antecedentes**

### **Ejecución de las políticas de salud en la Atención Primaria: contexto del problema.**

A lo largo de los años, muchas de las políticas de salud se han implementado a través de la Atención Primaria de Salud (APS). Aquellas destinadas a la atención del niño y la madre, responsables en gran parte de la baja mortalidad infantil y materna en nuestro país, son un buen ejemplo de cómo se han articulado una serie de planes y programas que se traducen en una serie de actividades en este nivel de atención. El programa de Inmunizaciones, alimentación complementaria, control niño sano y control de la embarazada son parte de la actividad cotidiana de un centro de Atención Primaria de Salud que han respondido adecuadamente a parte de las principales prioridades de salud en el pasado (Jiménez, 2001).

El éxito anterior se enfrenta hoy a nuevas problemáticas, surgidas del perfil epidemiológico de un país que ha dejado atrás problemas como las enfermedades infecciosas, y comienza a padecer de problemas de salud muy asociados a factores conductuales, estilos de vida y al medio ambiente. Ejemplo son las enfermedades cardiovasculares, hoy la principal causa de muerte (MINSAL, 2006); problemas de salud mental; accidentes de tránsito; adicciones; y enfermedades de transmisión sexual, entre otras. Asimismo, la equidad en el acceso y la calidad de la atención de salud son dos preocupaciones centrales y transversales a las problemáticas mencionadas y que son producto de un contexto social de pobreza y grandes diferencias entre los más ricos y los más pobres.

Desde tal perspectiva, la necesidad de nuevas políticas que den cuenta del perfil actual es parte de lo que inspira la reforma en curso, a través de la implementación de diversos planes y programas, entre ellos el Plan AUGE (garantías GES). En forma explícita, además, menciona el fortalecimiento de un modelo de atención, en el cual se privilegie la promoción y la prevención, y la atención primaria y ambulatoria.

Tres puntos clave determinan el éxito de una intervención sanitaria. Primero, la disponibilidad de intervenciones efectivas para enfrentar con éxito los problemas de salud. Al respecto, existe evidencia suficiente que respalda una serie de intervenciones para múltiples problemas de salud prioritarios y en un modelo de atención con ciertas similitudes al nuestro, por lo que la disponibilidad de información al respecto no es un problema. Segundo, la disponibilidad de un financiamiento suficiente para implementar estas estrategias. Tercero, un modelo de gestión que permita que la implementación de estas estrategias se realice en forma adecuada.

Si bien es cierto el financiamiento es un factor de mucha importancia, el modelo y la gestión de la provisión de servicios de salud es crucial. Como ejemplo, si comparamos los sistemas de salud de Estados Unidos con Inglaterra, con un PIB muy similar, y gastos en salud como proporción del PIB (15% y 8% respectivamente) muy distintos, los resultados en salud son muy similares, e incluso mejores para el país europeo que tiene un gasto mucho menor. Si bien es cierto, la gestión no es el único factor que da cuenta de este hecho, es sin duda un factor muy gravitante. Inglaterra posee un sistema de salud altamente integrado, coordinado y con énfasis importante en la gestión adecuada del sistema sanitario. En Chile, en nuestra opinión, el gran desafío es la adecuada implementación de estas intervenciones, así como el ajuste a las realidades locales que cada municipio y/o región presenta. Aquí el punto clave es la capacidad local para llevar adelante estos programas, así como generar los mecanismos locales para definir qué es lo mejor (políticas locales), cómo hacerlo (elegir la vía adecuada) y cómo evaluarlo (punto crítico a lo largo del tiempo).

## **La Descentralización y rol del Municipio en la Atención Primaria: la gestión local como área clave.**

La descentralización ha traído consigo efectos positivos en el sistema de salud chileno, reduciendo en parte problemas en la equidad del sistema (Bossert et al., 2003). Sin embargo, uno de los puntos críticos en los procesos de descentralización tiene que ver con las capacidades locales para gestionar los recursos, así como la autonomía para la adecuación y ejecución de políticas nacionales y locales. Lo anterior, que algunos expertos llaman el “espacio de decisión” (Bossert T, 1998), genera las bases de cómo en el nivel local se pueden enfrentar los desafíos de las políticas definidas centralizadamente, en atención al perfil epidemiológico nacional. A mayor espacio de decisión, mayor autonomía para la toma de decisiones y mayor efectividad local.

De este modo, el estado de avance del proceso de descentralización de la salud primaria impone un marco que no se puede obviar al momento de buscar cómo optimizar la implementación de planes y programas que dan cuenta de una política particular en este contexto. La visión al bicentenario como un “país que supere siglos de centralismo” (SUBERE, 2002) y que promueva la participación de las comunidades y los decisores locales en la definición de sus prioridades y su implementación, en el contexto de una coordinación eficiente con los niveles centrales, traduce claramente esta necesidad en la APS, puerta de entrada a más del 90% de los beneficiarios del sistema que se encuentra bajo el control municipal.

En el sector salud, en contraposición con la visión presentada, hay un nivel de centralismo importante en la toma de decisiones sobre la definición de prioridades, planes y programas, modalidad de financiamiento, manejo de recursos humanos y físicos (Waissbluth, 2006), entre otros, lo que deja un espacio de decisión aun bajo para el nivel municipal. Aquí un factor crítico es el de las confianzas, desde los niveles centrales, en la capacidad de gestión municipal y regional que, según Waissbluth (2006), genera un círculo vicioso facilitando la realización de la profecía autocumplida. Según el autor mencionado, los ministerios entregan poca autonomía y recursos para la decisión local, argumentando “escasa capacidad de gestión”. A su vez, la escasa disponibilidad de recursos no facilita el desarrollo de estas capacidades sentidas como deficientes, y que, junto con la participación de otros grupos de interés, no facilitan la adquisición de mayor autonomía y flexibilidad. De este modo, se requiere de un cambio fuerte, o la generación de capacidades locales para que la situación se modifique.

El rol del Municipio, según nuestra opinión, no debiera ser muy distinto de lo que la Subsecretaría de Desarrollo Regional ha propuesto en el documento “El Chile Descentralizado que queremos” (SUBDERE, 2002). Justamente, el problema central sobre el cual se construye nuestra propuesta tiene que ver con la dificultad que hoy presenta el Municipio como gestor de políticas públicas, en el caso particular Salud, con importantes responsabilidades en hacer realidad los objetivos de una política nacional, pero con las fuertes restricciones de un modelo centralista que impone barreras administrativas, financieras y legales para la ejecución local.

Un municipio que posee herramientas fuertes para la gestión, con personal no sólo capacitado, sino que también con directivos de nivel profesional que utilicen modelos lo más estandarizados posibles para la toma de decisiones permitirá generar una contraparte con argumentos sólidos al nivel Central. Con ello, los procesos de negociación y retroalimentación con el nivel Ministerial sectorial serán fundados en análisis profundos de la realidad local, lo que generará mejores propuestas para las soluciones locales, así como

diagnósticos más precisos que alimenten los servicios de Salud y el Ministerio con información y proposiciones precisas para la implementación de nuevas ideas y políticas.

### **Las políticas públicas en el sector salud: su diseño, implementación y evaluación.**

El proceso de generación de políticas públicas se rige por al menos dos modelos, el modelo racional y el incremental (Henry, 2001). Desde la perspectiva del modelo racional, el análisis y los procesos de decisiones son basados en métodos técnicos e ideales, en condiciones que, con frecuencia, la capacidad para decidir y/o implementar políticas y programas suele estar muy influenciada por factores que no necesariamente son predecibles o manejables sin una sensibilidad política. Por otro lado, el modelo incremental implica un marco que contempla mayor realismo, pero que a la vez favorece el “status quo”. Es éste último el que, a nuestro juicio, ha predominado. De cualquier modo, el predominio de uno u otro sobre el proceso de diseño de políticas implicará mayores o menos éxitos en los ámbitos técnicos o políticos.

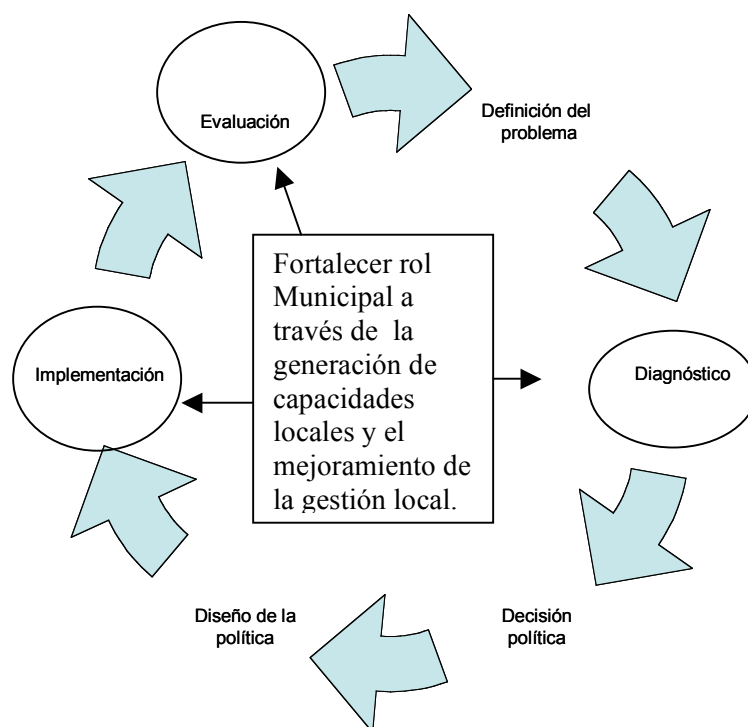
En cuanto a la evaluación, en general, se inicia incluso antes de la definición de la agenda para trabajar sobre una temática, pues con frecuencia hay una agenda previa de gobierno, una agenda pública y una agenda en los grupos de interés. De este modo, aspectos relacionados a la legitimidad de una política vienen relacionados al juego que se produce al momento de fijar agendas y hacerlas coincidir desde los distintos grupos de poder, que van desde los ciudadanos, grupos económicos y el gobierno mismo. Tal tipo de evaluaciones comprenden la *evaluación anticipativa*, *evaluación de la evaluabilidad*, y *evaluación de necesidades* (Tamayo, 1997).

Asimismo, las principales áreas donde se plantea evaluación de brechas y modelos de apoyo al análisis y gestión de políticas sectoriales son (Tamayo, 1997; Lahera, 1993):

- 1) Evaluación de la pertinencia técnica (basada en supuestos fundados o en la mejor evidencia disponible) de los planes y programas en discusión y/o implementación. Este tipo de evaluación comúnmente son definidas como *evaluación de la Teoría y Diseño*, y *evaluación de la viabilidad Política/evaluación de contexto*.
- 2) Evaluación de los procesos de difusión, diseminación y control desde los niveles superiores (MINSAL, SEREMI, Servicios de Salud) de las políticas, planes y programas definidos. Este tipo de evaluación se divide en *evaluaciones de implementación* y *estudios de seguimiento de programas*. También es llamada *evaluación operativa*. En este tipo de evaluaciones es crucial para la detección de brechas entre lo que la autoridad sanitaria pretende que se cumpla y lo real. En este punto dos grupos de problemáticas debes ser observadas:
  - a. La forma como el nivel Central define la implementación de la política dada. Puede ser “Top-down”, es decir, implementada de una manera altamente jerárquica, con poca participación de los integrantes más distales de la red de salud. También es posible que sea “Bottom-up”, es decir, que se levante el proceso integrando fuertemente todos los puntos de la red, con una especial participación de los efectores finales, en este caso los municipios. Dependiendo del modelo predominante (en Chile, con frecuencia el primero), la problemática suele ser sub-valoración de los problemas estructurales y procesos que actuaran como barreras en el logro de los objetivos.

- b. La forma como el efector final enfrenta los desafíos derivados de la bajada de los planes y programas que caen bajo su responsabilidad implementar. En esto, juega un rol primordial el que las instituciones efectoras posean capacidad de diagnosticar, analizar, gestionar y negociar interna y externamente (con niveles superiores, como Servicio de Salud o Ministerio).

De acuerdo al siguiente esquema, el Municipio, a través de la generación de mejores capacidades locales, por la vía del fortalecimiento de la gestión, puede impactar fuertemente en al menos tres ámbitos claves del ciclo de las políticas: El diagnóstico de la situación local, la implementación y la evaluación.



## Las Brechas

A continuación se describirán algunos ejemplos de brechas en áreas muy sensibles para el sector salud primario, que traducen déficit en los resultados de los planes y programas de salud (fin último de las políticas de salud) y en recursos humanos, financieros y gestión (mediadores claves para que tal fin se concrete).

### **Resultados en salud**

El caso de la epidemia de las enfermedades cardiovasculares es paradigmático pues son la causa de muerte más importante en nuestro país (MINSAL, 2006), por sobre los cánceres, traumatismos y enfermedades respiratorias. Además de la alta mortalidad, provocan una alta morbilidad y discapacidad, ya sea porque aquellos que sobreviven al evento agudo (isquemia

miocárdica, accidente vascular) resultan con secuelas incapacitantes o porque, sin haber sufrido un evento agudo, los pacientes se deterioran progresivamente como consecuencia del curso crónico de algunas de las principales condiciones que causan estas enfermedades (hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo II).

La estrategia nacional principal para enfrentar este gran problema de salud ha sido la prevención, mediante la focalización en población adulta con riesgo cardiovascular elevado (portadora de condiciones como Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus II, que corresponden a dos de las patologías incluidas como Garantías Explícitas), estrategia que ha demostrado ser efectiva internacionalmente.

Para este programa dos grupos de metas son establecidas. Por un lado, aquellas relacionadas a coberturas (es decir, por ejemplo, número de personas que están bajo control para las patologías de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II de un total de personas que teóricamente tendrían la enfermedad que están adscritas a un centro de salud), y que llegan a un 82% para Diabetes y un 65% para Hipertensión Arterial. Por otro lado, hay metas que relacionan el número de personas portadoras de estas enfermedades que tienen un control de su enfermedad adecuado, respecto del número total que se encuentra bajo control en el programa, es decir nivel de compensación. Para diabetes el 2006 es 44% y para Hipertensión es de 47%. Sin embargo, varias deficiencias se pueden encontrar en este programa.

Primero, hay una baja cobertura y niveles de compensación insuficientes para los pacientes bajo control en el programa de salud cardiovascular. De acuerdo a la encuesta nacional de salud (MINSAL, 2003), sólo el 60% de los pacientes detectados con hipertensión arterial conocía su condición, de ellos sólo el 36% estaba en tratamiento farmacológico, de los cuales sólo el 33% estaba normotenso. Es decir, aproximadamente el 7% de los individuos detectados como hipertensos tendría su presión controlada adecuadamente. Por otro lado, de los pacientes con Diabetes Mellitus, el 85% conocía su diagnóstico, de ellos el 77,3% estaba en tratamiento y sólo el 25% de los que declaraban estar en tratamiento tenía sus glicemias normales. Es decir, tan sólo el 16% de los pacientes detectados como diabéticos tendrían un control adecuado de su glicemia. Sin duda que estas cifras son una aproximación y una interesante panorámica de lo que puede estar sucediendo con el programa nacional para el control de las enfermedades cardiovasculares.

Segundo, la cobertura del programa es baja en la población de mayor riesgo. Si evaluamos la mortalidad específica por enfermedades isquémicas del corazón, por quinquenios de edad, según el recientemente publicado Atlas de la Salud cardiovascular en Chile (MINSAL, 2005) podemos observar cómo consistentemente la mortalidad por tal causa (consecuencia directa de los factores de riesgo cardiovascular) es mayor en los varones (muchas veces por más del doble) que en mujeres hasta el grupo de edad sobre los 80 años, momento en el cual las mujeres sobreviven considerablemente más que los hombres. Aun así, sobre los treinta años, la tasa global de mortalidad por tal causa es de 123,8 por cien mil, para los varones, y 85,7 por cien mil para las mujeres. De este modo, los hombres presentan mayor prevalencia de Hipertensión arterial y Diabetes mellitus tipo II y también una mayor mortalidad demostrada, pese a lo cual presentan una menor frecuencia de controles en los centros de salud de atención primaria. Por ejemplo, en la comuna de Puente Alto (con una población adscrita a sus centros de salud superior a los 320.000 habitantes), de los pacientes bajo control en el programa de salud cardiovascular, para todas los grupos etéreos registrados, los hombres representan no más del 30% de los pacientes para Hipertensión arterial (HTA) y no más del 40% de los pacientes para Diabetes Mellitus II (Puente Alto, 2006).

De este modo, la brecha en esta problemática no se relaciona con la disponibilidad de intervenciones efectivas, sino más bien con problemas de acceso al cuidado de la salud, su continuidad y la adherencia al tratamiento, problemas que en gran parte son función de un adecuado sistema de gestión administrativa y clínica. La literatura internacional así lo demuestra, ya que pese a que se dispone de intervenciones probadamente eficaces para el control de las enfermedades cardiovasculares, éstas son subutilizadas (Gluckman et al., 2004), con lo que los resultados en cuanto al control de los factores mencionados son menos que óptimos.

La capacidad de gestión implica manejar simultáneamente múltiples aspectos de un problema. Primero, desarrollar la capacidad de diagnosticar las debilidades de un plan o programa específico, en este caso, reconocer los puntos débiles en términos de cobertura, continuidad y adherencia, y dónde la organización esta rindiendo en forma sub-óptima. Segundo, obtener la información necesaria para plantear soluciones y no sólo conformarse con adoptar más y más planes desde niveles superiores sin abordar otras tareas como la calidad y los resultados obtenidos, es decir, mayor peso para contraponer propuestas al nivel central. Tercero, implementar modelos de evaluación que superen las clásicas medidas de cobertura y procesos, que no dicen mucho de los resultados reales de una política, plan o programa.

En resumen, pese a la fortaleza teórica de este programa, y por lo tanto la idoneidad técnica de la política, y a los esfuerzos realizados a nivel nacional para implementarlo, hay una serie de barreras y aspectos que están fuera del alcance de un modelo de tratamiento como éste que reducen su efectividad, que son propios de los procesos de implementación y evaluación.

Similares deficiencias se pueden observar frente a otros problemas de salud tan relevantes como el mencionado, como por ejemplo el recién ingresado caso de la Depresión a las garantías GES, también de alto impacto en calidad de vida, cuyo ingreso como garantía tiene directa relación con la gran brecha de acceso a tratamiento, sin aun hablar de calidad.

### ***La coordinación en la red y los procesos de negociación***

El Sistema de atención Primaria nacional hoy en día cuenta con una red de 594 Centros de Salud (entre urbanos y rurales), que se coordinan con 1165 postas rurales a lo largo del país y 196 hospitales (con distintos grados de complejidad) más 68 centros de atención secundaria (CRS, CDT y CADE) asociados a hospitales de referencia (MINSAL, 2006). De este modo, se puede apreciar que la complejidad es de una envergadura tal, que la coordinación y la gestión son puntos clave para asegurar la aplicación y éxito de políticas sectoriales.

Una mirada a la realidad que hoy impera en los distintos contextos de toma decisiones en el sector salud, muestra que en el nivel central se dispone de un alto número de tecnócratas altamente capacitados y que participan en la generación y discusión de Planes y Programas que responden a las políticas definidas. Luego, en un nivel medio se encuentran los servicios de salud (a cargo de la coordinación de las redes de atención locales) y los SEREMI de salud, que hoy representan la subsecretaría de Salud Pública del Ministerio. A este nivel, nuevamente encontramos diferencias en las capacidades instaladas para gestionar o sustentar medidas que ya vienen impuestas desde niveles superiores.

En el nivel siguiente, y efector final en el caso de la atención primaria, se encuentra el nivel municipal, que presenta una amplia variabilidad en su capacidad instalada para diagnosticar, definir estrategias y evaluar los procesos en marcha, así como un grado muy heterogéneo de personal capacitado para la gestión pública, muchas veces transformando el trabajo de



gestión en un sinnúmero de decisiones pequeñas operativas, y muy pocas decisiones o análisis estratégicos de la realidad que se enfrenta.

Con esta estructura, uno de los problemas más importantes que enfrentan aquellos que diseñan e implementan las políticas (a través de planes y programas) desde niveles superiores es la de subvalorar las barreras o déficit en los niveles inferiores, quienes en último término deben idear la forma de sortear las dificultades que en la práctica una política impone. En consecuencia, la reforma o la política no se aplica, y lo que es peor, se pierden o sub-utilizan grandes cantidades de recursos. Esta tensión, frecuentemente genera problemas en la interacción entre el gobierno central y los municipios. La coordinación, por tanto, es un nodo que forma parte de las brechas en la gestión del sistema de salud, que se busca acortar en la actual reforma, tras la generación de la Subsecretaría de redes, cuyo rol principal es la coordinación de la red de salud a través de los Servicios de Salud.

Es en ésta coordinación donde se producen los procesos de negociación entre el nivel municipal y el Central, representado en este caso por el Servicio de Salud, que fijan las metas a cumplir. En éste punto, al menos cuatro problemas se aprecian y que contribuyen a las brechas que se producen en el sector:

- Una parte importante de las metas no son negociables y vienen principalmente determinadas por el nivel central, que con alta seguridad no tiene la capacidad para hacer un diagnóstico acucioso de cada realidad particular (Puente Alto, 2006). Las principales metas son las llamadas metas sanitarias y el índice de actividad de la Atención Primaria (IAAPS), cuyos cumplimientos constituyen una vía importante para la transferencia de recursos.
- Al momento de negociar aquellas metas que son susceptibles de serlo, la información recopilada por el área de salud municipal usualmente es parcial, pudiendo considerar muchos otros factores que afectan la capacidad real de cumplir con lo propuesto. Asimismo, al existir una sistematización insuficiente de la información disponible se dificulta la capacidad para apreciar el impacto en la organización de la introducción de nuevas actividades sobre las ya en curso.
- Muchas de las metas negociadas no necesariamente dan cuenta de calidad en todos sus sentidos, y se abocan en su mayoría a problemas de cobertura y/o acceso, que es sólo una parte de la calidad.
- El sistema de financiamiento definido (principalmente vía un monto per cápita, pago por persona inscrita) que se asocia a los cumplimientos definidos, por las metas no negociables y las negociables, son estipulados desde el Ministerio de Salud. La pertinencia de este monto es un punto crítico para las comunas. Adicionalmente, año a año el Municipio debe complementar con un aporte sustantivo para favorecer los costos de operación de todo el sistema de salud que posee. Este factor puede generar variabilidad importante en la calidad de lo que se entrega de comuna en comuna, así como un impacto significativo en su presupuesto local, generando en algunos de ellos una imposibilidad real de gestionar adecuadamente educación, salud y otras prioridades locales (Waissbluth, 2006).

### ***Manejo adecuado de los recursos disponibles***

Adicionalmente, un aspecto importante para cubrir y ejecutar planes y programas que responden a distintas políticas de salud, es el déficit en infraestructura y recursos humanos. Como ejemplo, los centros de salud de la comuna de Puente Alto poseen una sobrecarga de demanda determinado en gran parte por la gran cantidad de población adscrita a cada centro

de salud. Como se aprecia en la siguiente tabla, 4 centros de salud superan los 50 mil inscritos, en circunstancias que se pretende tener centros de salud que idealmente deben tener a cargo entre 20 mil a 30 mil inscritos. En ese contexto, la infraestructura y los recursos son parte de una cadena de condiciones necesarias para el logro de las metas planteadas.

Número de inscritos por Centro Salud. Puente Alto 2006.

A. del Río	S. Gerónimo	V. Hermosa	B. Leighton	C. Silva Henríquez	Padre M. Villaseca	Karol W
120.577	51.904	8.927	58.013	34.314	52.382	20.000

Nuevamente, si la situación de restricción en recursos es importante, la responsabilidad en la gestión en cuanto al diagnóstico, evaluación de alternativas y monitoreo de resultados resulta crucial para lograr focalizar y dirigir los recursos en las estrategias que permiten el logro de los objetivos.

### ***La Calidad del cuidado de la Salud***

La calidad del cuidado de la salud comprende al menos dos grandes componentes: a) acceso, es decir, si el paciente puede obtener el servicio, y b) efectividad, es decir, si el servicio obtenido es “bueno” (Pantoja, 2001).

Gran parte de los indicadores que hoy en día se utilizan para monitorear y definir los mecanismos de transferencia de recursos están relacionados con acceso. Esto no significa que la calidad no sea una preocupación de la autoridad sanitaria, pero que ésta no se encuentra asociada a la mayoría de los incentivos, por lo que la calidad en gran parte de sus dimensiones no se encuentra adecuadamente monitorizada.

Por otra parte, la efectividad se subdivide en a) efectividad clínica o técnica y b) efectividad del cuidado “interpersonal” (lo que tradicionalmente se llama calidad desde la perspectiva del usuario). La efectividad técnica es función directa de “hacer lo que se debe hacer” en cada enfermedad o situación determinada, es decir, tratar la enfermedad o condición con la mejor intervención según la evidencia y los recursos disponibles, evitando cualquier posibilidad de daño no esperado. La efectividad interpersonal es función directa de “hacer lo que se debe hacer en un contexto de dignidad y acogida del paciente” (incluye el buen trato, el apoyo emocional, la infraestructura necesaria para la atención, la intimidad suficiente, entre otros).

Como se aprecia, la cobertura y la equidad son factores muy importantes para producir buena salud en la población, sin embargo de nada sirve obtener buenos niveles de cobertura si lo que se ofrece es de una efectividad limitada, que es la contraparte necesaria para producir los efectos esperados de una política, un plan o programa, es decir, reducir morbilidad, mortalidad y mejorar la calidad de vida.

Desde la misma perspectiva, se puede observar que todas estas dimensiones de la calidad, pero en particular la relacionada a la efectividad técnica e interpersonal, son resorte clave de

la gestión local, en particular cuando no hay muchos otros mecanismos de control desde niveles superiores. Al mismo tiempo, cuando muchos de estos factores están íntimamente ligados a la situación organizacional local (cultura organizacional, relaciones interpersonales, satisfacción con la tarea, entre otras) se evidencia la relevancia de la decisión local en aspectos de implementación y monitorización de planes y programas.

### ***Participación de la comunidad y Promoción de la Salud***

Como ya fuera mencionado, gran parte de las patologías que hoy afectan a la población tienen relación con los estilos de vida, las conductas y el medio ambiente. Es decir, los determinantes sociales de la salud (Marmot, 1998) constituyen un factor gravitante en la planificación de las acciones para prevenir la enfermedad y promover estilos de vida saludables, que finalmente llevarán a reducir la ocurrencia de enfermedades y trastornos.

En este ámbito hay mucho camino por recorrer, donde el rol de los gobiernos locales, e incluso de cada Centro de Salud, es facilitar la participación de la comunidad tanto para obtener diagnósticos de la situación como para lograr lo que se ha llamado “accountability” (SUBDERE, 2002). De este modo, planificar con la mirada puesta en la comunidad significa mucho más que evaluar a satisfacción usuaria, obtener la acreditación de escuelas saludables y buscar la conformación de consejos de salud que en la práctica pueden significar frustración si ello no se acompaña de mayores atribuciones locales para definir cómo y dónde utilizar los recursos.

### **El problema**

En resumen, el sector salud ha evolucionado a través del tiempo con muchos aciertos. La generación de políticas ha respondido en forma exitosa en los últimos años. Sin embargo, los desafíos que hoy impone la situación demográfica, social y económica requieren de respuestas innovadoras y complejas que respondan a las realidades locales. No se puede negar que el nivel local debe participar activamente en este proceso, mucho más que un mero ejecutor de políticas definidas en niveles superiores.

En este sentido, es nuestra visión que los cambios pueden y, en atención al contexto actual, deben ocurrir desde el nivel local mismo, produciendo la capacidad para diagnosticar la realidad de manera rigurosa, plantear soluciones de acuerdo al contexto, ser capaces de implementar políticas nacionales y locales, así como negociar con mayores y mejores argumentos con los representantes del nivel central. La estrategia de capacitación es una vía válida para lograr parte de estos objetivos, sin embargo muchos municipios pueden no estar en condiciones de lograr estándares altos de capacitación por razones presupuestarias y/o organizacionales, así como no poseer el marco presupuestario para contar con personal altamente capacitado. De modo que el fortalecimiento a la gestión local en salud por la vía de un modelo de apoyo al análisis de la situación y a la toma de decisiones, que sea accesible para municipios pobres y con recursos, pequeños y grandes, puede ser el primer paso para construir capacidades que fortalezcan el proceso de descentralización y, en último término, de un logro de los objetivos sanitarios que impliquen mejoría en el estado de salud de la población y de la calidad de vida.

## **II. Propuesta:**

### **Un Modelo de Apoyo modelo de apoyo al análisis de la situación y a la toma de decisiones en la Atención Primaria**

Para contribuir al proceso de descentralización, fortaleciendo capacidades locales que le permitan al municipio transformarse en un actor relevante, más allá del rol de ejecutor de políticas nacionales, se propone diseñar un “modelo de apoyo al análisis de la situación y a la toma de decisiones”, que incluya información de carácter cuantitativa y cualitativa para utilizar los recursos existentes de una manera racional y planificada.

El nivel de conocimiento y avance en el área de la toma de decisiones no justifica que hoy en día no exista una manera adecuada de transferir esta metodología a la práctica habitual de la gestión en salud. Esta transferencia de conocimiento a los gestores locales se puede realizar si se entregan en forma accesible y rápida las herramientas que se han evaluado en el mundo para optimizar lo que en el día a día se debe ejecutar.

Lo que concretamente se propone es un método de detección de necesidades básicas en ámbitos tales como estructura organizacional, información, habilidades y herramientas que permitan mejorar los procesos de toma de decisión a nivel de gestores locales en la Atención Primaria.

La gestión de la Salud Primaria se basa en una serie de decisiones que comprenden al menos dos grandes áreas: a) los aspectos administrativos y organizacionales, como el manejo de presupuesto, recursos humanos, inversiones, entre muchas otras; y b) la gestión clínica, que se refiere a la monitorización permanente de las intervenciones que el servicio provee, así como la integración de nuevas intervenciones o modificación de las existentes para lograr el objetivo que la organización tiene: la salud de su población. Como se trata de una cadena de producción, ambas están muy íntimamente relacionadas, y muchos procesos son el sustento para otros.

Al momento de diseñar e implementar planes y programas (definidos local o centralmente) muchas son las condicionantes que se deben evaluar para lograr que lo planificado se lleve a cabo en forma exitosa. Suele suceder que el conjunto de factores a considerar supera la capacidad de anticipación que nuestros recursos cognitivos tienen, por lo que con frecuencia debemos usar elementos de apoyo para nuestras decisiones, sean éstos más o menos sofisticados.

Hay suficiente evidencia que muestra cómo en contextos donde las decisiones se suceden una tras otra (por ejemplo en el box de atención y en la toma de decisiones en la gestión), nuestros procesos cognitivos simplifican los problemas de modo que el problema se torne manejable. Cuanto menos tiempo disponemos para las decisiones (o la sobrecarga de decisiones es muy alta), más actúa este ajuste. Nuestro modelo apunta a ordenar el proceso de decisión, evitando al máximo la sobre-simplificación, lo que no sólo mejora la capacidad de tomar decisiones, sino que también genera mejores decisiones y en menos tiempo (Klein, 2005).

La propuesta se constituye de una serie de disciplinas relacionadas a modelos de implementación de reformas en salud y análisis de decisiones (Weinstein & Fineberg, 1980; Hunink et al., 2001; Roberts et al., 2004), modelos de análisis organizacional, de los muchos que existen, algunos aplicados al ámbito de la salud fuera de nuestro país (Iles & Sutherland, 2001; Graham & Logan, 2004) en conjunto con los más de 10 años de experiencia del equipo

investigador, cuyos integrantes han ejercido directamente como Directores de Centros de Salud públicos, asesores en distintos municipios en la gestión de salud, a cargo de proyectos innovadores en la provisión de servicios de salud primarios y diversos cargos que han permitido obtener una visión de primera mano, complementada con muchas fuentes locales, nacionales e internacionales.

A la luz de la experiencia y el análisis de la gestión en la Atención Primaria, se propone este modelo, que comprende el desarrollo de productos en etapas de complejidad acorde con las posibilidades de financiamiento. El ideal es el desarrollo de un sistema asistido por software que considere aspectos cualitativos y cuantitativos para tal proceso. Sin embargo, este Modelo se puede desarrollar asociado a apoyo informático básico de ser necesario, que lo hace fácilmente accesible.

En concreto, el modelo implica el desarrollo de **etapas**:

1. Definición de los modelos para la inclusión y manipulación de la información necesaria para la toma de decisiones.
2. Desarrollo del software (de ser posible) con las especificaciones de la etapa anterior.
3. Piloteo y evaluación inicial del modelo asociado o no a un software producido en la etapa anterior. Ajustes y diseminación de los resultados y uso del modelo/software más ampliamente.

Todas las fases propuestas son progresivas y cada una es condición necesaria para la siguiente. En el caso de que el desarrollo de un software de apoyo no sea posible en un inicio, la fase I puede ser diseñada con una profundidad tal que permita implementar un modelo básico que no requiera de recursos informáticos sofisticados, o basado en ambiente web que sea accesible a lo largo del país.

### **Etapa 1: Diseño de los modelos**

Ordenar y generar la información necesaria para una adecuada toma de decisiones es un evento central para lograr éxito en cualquier estrategia, de modo de dimensionar adecuadamente el escenario para producir los efectos deseados con las decisiones tomadas. Dos aspectos son importantes de destacar, uno es el contexto donde se toman las decisiones en la Atención Primaria, y el tipo de decisiones que son factible de apoyar con un modelo de esta naturaleza.

En relación a la definición del contexto donde se toma la decisión, la APS funciona en sistemas Municipalizados y no municipalizados. En el caso del sistema no municipalizado, los centros de salud dependen del servicio de salud correspondiente. En el caso del sistema municipalizado, podemos observar al menos dos distintas modalidades, aquellos que se estructuran con un Departamento de Salud, dependiente directamente de la municipalidad respectiva, y otros en base a Áreas de Salud dependientes de una Corporación Municipal, la cual, en general, funciona con mayor independencia de la Municipalidad respectiva. Finalmente, no se puede desconocer que puede haber un mayor grado de variabilidad, si consideramos centros urbanos y rurales.

Si bien es cierto, puede haber diferencias importantes respecto del nivel en que se toman las decisiones, o respecto de los procesos que siguen al proceso de toma de decisiones (según entrevistas con encargados en ambos modelos) la toma de decisión misma es un evento mas o menos estándar en cuanto al desafío de seguir o no una serie de procesos ordenados que impliquen una mejor decisión. Sin perjuicio de lo anterior, puede haber características de

cómo la institución se organiza (no municipalizada, bajo control de una Corporación municipal o Departamento de Salud) que afecten fuertemente tal proceso, aunque aquello no debe afectar el proceso lógico de inclusión de variables y su análisis para llegar a una decisión.

De este modo, creemos que en cuanto al contexto donde se toma la decisión, pese a diferencias en modos de organización, el modelo es aplicable a la mayoría de los contextos y, en principio, no habría un ámbito preferente, pues ello solo agrega variables a la decisión, pero no cambia la mecánica de cómo opera la misma.

Asimismo, pese a que el tipo de decisiones que se pueden tomar es muy amplio, la gran mayoría de ellas son susceptibles de estandarizar en cuanto al proceso y la información necesaria, como por ejemplo aquellas relacionadas a la implementación de las Garantías Explícitas en Salud (GES), definición y establecimiento de metas en conjunto con Servicios de salud, implementación de planes, programas y políticas nacionales y locales.

La definición y modelaje de información cualitativa y cuantitativa básica para la toma de decisiones, frente a un sinnúmero de situaciones problema, implica definir y utilizar un número de datos e información organizada por área temática u objetivo. Lograr la organización de la información es en sí misma una herramienta que nos permite diagnosticar mejor la situación.

Un siguiente paso puede ser la utilización de esta información y su manipulación a través de asignación de peso o factor, con modelos matemáticos y probabilísticos directos o condicionados (Teorema de Bayes) de modo que se obtenga integración de variables cualitativas y cuantitativas en una o más alternativas posibles para la toma de decisiones y alternativas de evaluación o monitoreo frente a cada una. Un tercer paso implica simulaciones múltiples y modelos complejos en toma de decisiones.

### Operación del Modelo Propuesto

La presente es una descripción que no pretende ser exhaustiva de la operación de un sistema de estas características. Más bien busca ejemplificar los temas claves y su análisis. Es decir, aquí se profundiza en el qué hacer, y el cómo se describirá en profundidad en la propuesta completa, piloteada y evaluada.

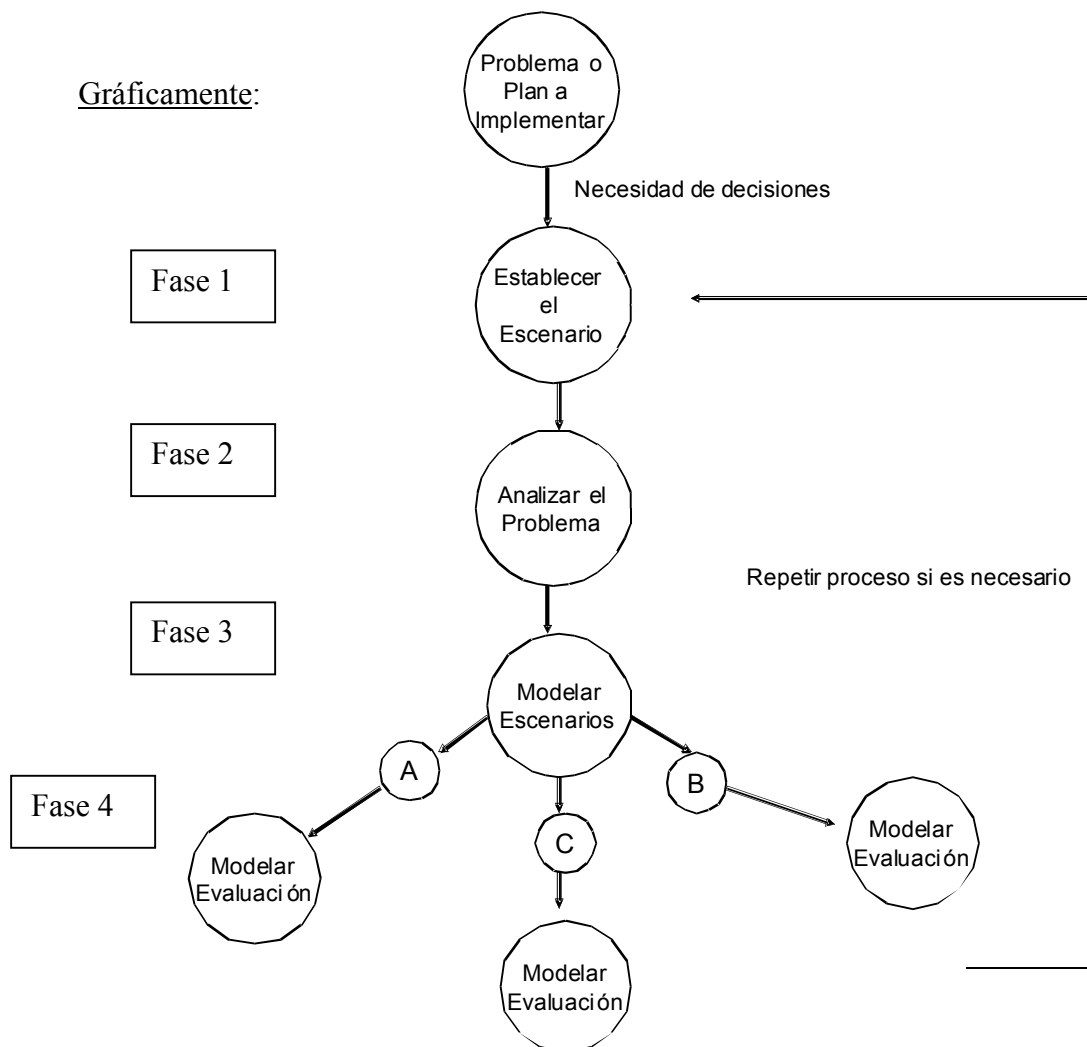
El modelo opera con la definición de **Fases** comunes a la mayoría de las decisiones, y una serie de datos y procesos que son parte de cada **Fase**. Algunas decisiones pueden no necesitar toda la información que a continuación se plantea, sino más bien utilizar parte de la plataforma.

El proceso contempla 4 Fases: 1) Establecer el Escenario; 2) Analizar el problema; 3) Modelar escenarios para la toma de decisiones; y 4) Modelar Evaluación. Cada fase es un producto en sí mismo, y en algunos casos es más o menos estable para varios problemas o planes a implementar. Por ejemplo, como veremos más adelante, al establecer el escenario, éste es común para todo problema, y más bien se actualiza cada cierto tiempo de acuerdo a la evolución de la organización con el paso del tiempo, en particular con los cambios en recursos humanos, clima laboral, entre otros.

Uno de los productos finales de este modelo es el poder obtener en forma fácil una panorámica de lo que sucede con la organización al introducir nuevas actividades que cumplir, en el contexto de las que ya se están realizando, de modo que adicionalmente se

pueda evaluar qué pasa al introducir nuevas actividades, cuánto se afecta lo que ya se está realizando y de este modo tener una aproximación sobre el costo de oportunidad que implica una elección sobre otra.

Gráficamente:



Fase 1: Establecer el Escenario: Organizar la información de manera coherente.

Se propone:

#### A. Planificación Estratégica

Un punto previo, es el de la planificación estratégica. Las decisiones en los Municipios o Centros de salud no son únicamente operativas (hacer y planificar tareas) sino también estratégicas (cual es el negocio central de la institución, de qué modo se logra, cuáles son las áreas de desarrollo que se deben reforzar para lograrlo o buscar innovaciones que respondan mejor a los desafíos, etc.). Este proceso de planificación estratégica es un paso importante y puede ser un sustento para lo operativo que concentra la presente propuesta. A nivel de alta gerencia este proceso comúnmente se lleva a cabo con asesorías de alto costo. Sin embargo, es posible de desarrollar localmente siguiendo las recomendaciones en la literatura.

Según nuestra experiencia es altamente recomendado el realizarlo y se propone el método como parte de esta herramienta. Por razones de espacio aquí no se profundiza.

## B. Describir el estado de la organización

Este paso implica obtener la información de base que es clave para cualquier proceso posterior de decisión, es decir, es parte del insumo previo a cualquier plan o programa a implementar. Por muy obvios que algunos campos de información parezcan, es frecuente que esta información no se encuentre disponible fácilmente. Muchos Centros de Salud poseen información parcial, o no la poseen, de modo que parte del diagnóstico inicial implica la utilización de metodologías e instrumentos para tales diagnósticos, en particular para aquellos relacionados al equipo de salud.

Al establecer el escenario, dos grandes áreas deben ser claramente analizadas: **a) todas aquellas relacionadas a las metas y recursos aportados para realizarlas; b) descripción de la situación actual.**

En la descripción de la situación actual, los aspectos cuantitativos son todos aquellos que forman parte de los parámetros en horas profesionales y no profesionales, recursos económicos, calidad y capacitación del equipo de salud y todas las actividades que el (los) centro(s) de salud desarrollan. De esta manera, se puede obtener una panorámica de que tan cargada está la agenda de trabajo y cuán factible es incorporar nuevas actividades.

En cuanto a los aspectos cualitativos, 5 áreas nos parecen las más importantes de considerar al momento de tomar decisiones:

- El equipo de salud: es importantísimo considerar cual es el estado actual del equipo, que tan demandado de actividades ya se encuentra, y de que manera es percibido aquello por ellos. Asimismo, el considerar el grado de satisfacción con las tareas que ya se realizan es un punto que ayuda a dimensionar las potencialidades. Detectar la cultura organizacional es un aspecto clave al enfocarse en este grupo.
- Liderazgos: clave para los procesos de conducción de los centros prestadores de servicios de salud es el liderazgo, pues se relaciona directamente con la posibilidad de autorrealización por parte de los funcionarios y del conjunto de percepciones que hacen las interrelaciones positivas más que negativas.
- Flujos de información: Los flujos de información se relacionan íntimamente con los tres puntos anteriores, y reflejan en gran medida la forma de organización local. Es muy frecuente que las modalidades de transferencia de la información no sean lo suficientemente ágiles y rigurosas que instituciones complejas como las de salud primaria requieren.
- Marco normativo: en particular el estatuto de atención primaria, que presenta ventajas y desventajas para los proceso de gestión local.
- Modelo de atención: bajo esta denominación se incluye la forma en como la organización se dispone para la provisión de servicios. Hoy, algunos centros de salud primarios adhieren al modelo de salud familiar, priorizado como importante por el mismo Ministerio de Salud, que implica una mirada integral de llegar a la población beneficiaria. Sin embargo, muchas de las demandas de atención generadas por el mismo plan de garantías en salud, y en cómo estas deben ser

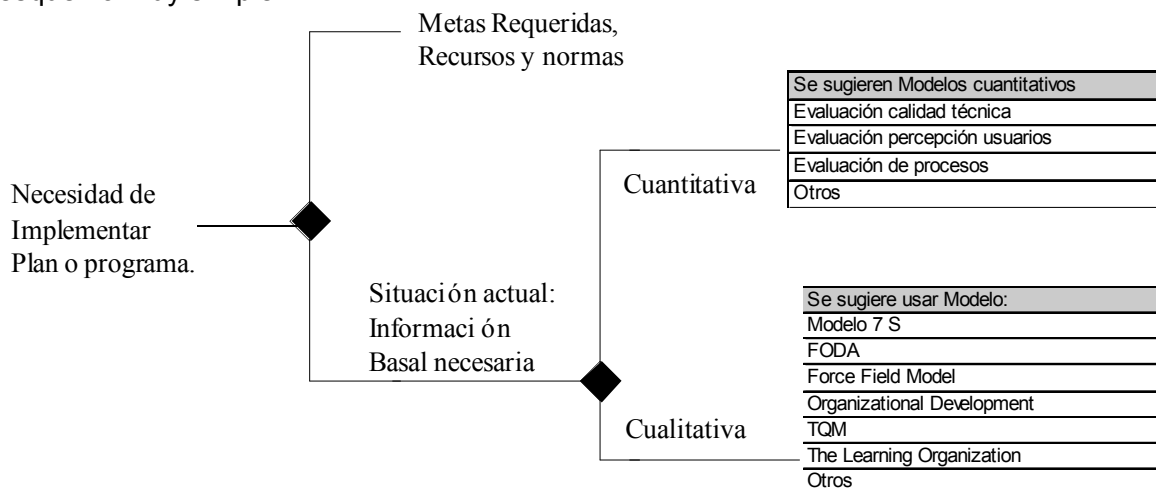


entregadas a la población hace, en muchos casos, difícil la organización en torno al modelo referido y por lo tanto se transforma en una amenaza a la forma en que actualmente intenta trabajar el sistema.

El levantamiento de los datos, en términos muy simples, se realiza con metodologías en las que el gestor debe describir la realidad según pautas recomendadas nacional e internacionalmente (ver esquema), de modo que captura las impresiones que éste se plantea en su organización. Este mismo proceso se realiza con el equipo de sub-jefes o con todo el equipo de salud. Se recomienda complementar con encuestas rápidas (preguntas cerradas) sobre percepciones y problemas por parte de funcionarios y público. También, encuestas con preguntas abiertas (anónimas) permiten mayor libertad para expresar temas no considerados. Un paso extra y en mayor profundidad sería utilizar grupos focales dirigidos por un externo. La idea con esos dos métodos complementarios es contar con información que usualmente no logra captar el jefe por el mismo hecho de ser jefe, donde muchas veces los discursos de los funcionarios son “ornamentados” por lo que se “debe” decir. Una dificultad del grupo focal es el costo adicional, por lo que en algunos contextos puede ser menos factible. De cualquier modo, con las metodologías previas, se logra obtener información de buena calidad.

El contenido de las pautas de análisis, las preguntas de las encuestas o los grupos focales va a determinar el tema que se aborda. Así, se puede preguntar por las percepciones de satisfacción con la labor, la forma de obtener la información en la institución o la percepción de cómo los jefes instruyen a los funcionarios para el cumplimiento de las tareas. Luego, se puede obtener información importante del ambiente laboral, transferencia de información y liderazgos, por ejemplo, que permitan reforzar o modificar según las percepciones y resultados.

En un esquema muy simple:

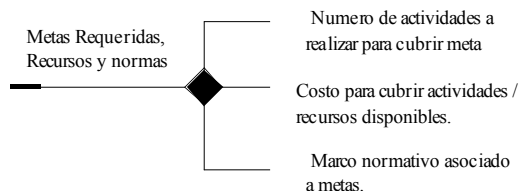


Como se aprecia, para la descripción de los aspectos cuantitativos, hay muchas herramientas desarrolladas para temas como la calidad técnica de las prestaciones, la percepción de los usuarios, los procesos que participan en la cadena de producción de las prestaciones, entre otras.

De este modo, el producto de esta fase es tener la claridad de cómo se encuentra la organización antes de la implementación de cualquier nuevo plan en los ámbitos numéricos y de la organización, los puntos clave de la gestión.

Respecto a todo lo relacionado con las metas, la descripción lo más detallada posible de los elementos relacionados, como por ejemplo:

Recurso	Médico	Médico	Enfermera	Nutricionista
Prestaciones	Ingreso	Controles	Controles	Controles
Poblac. Atender				
Concentración				
Total Consultas				
Rendimiento				
Horas Diarias				
Cost. Diario				
Costo Mes				
Costo Año				
Costo unitario				



Desglosar por profesionales o tipo de prestadores, Asociar con recursos destinados para tal efecto. Correcciones por cargas de trabajo si existe alguna Cuantificación, prestaciones variables, etc.

## Fase 2: Analizar el Problema

Se propone:

Desglosar el problema en partes manejables

Los principales focos de atención en este punto se relacionan con las implicancias de implementar un nuevo plan o programa. Toda intervención genera cambios y ajustes que siempre producen algún grado de tensión al interior de las instituciones. Las implicancias para la institución, desde la perspectiva cuantitativa, tienen que ver con cuántas nuevas actividades se deben implementar y que significa aquello en términos numéricos, como primer paso para establecer el significado real de las modificaciones que se deben realizar para el logro de los objetivos planteados. Asimismo, es importante tener aproximaciones a la visión de los usuarios respecto de estas intervenciones.

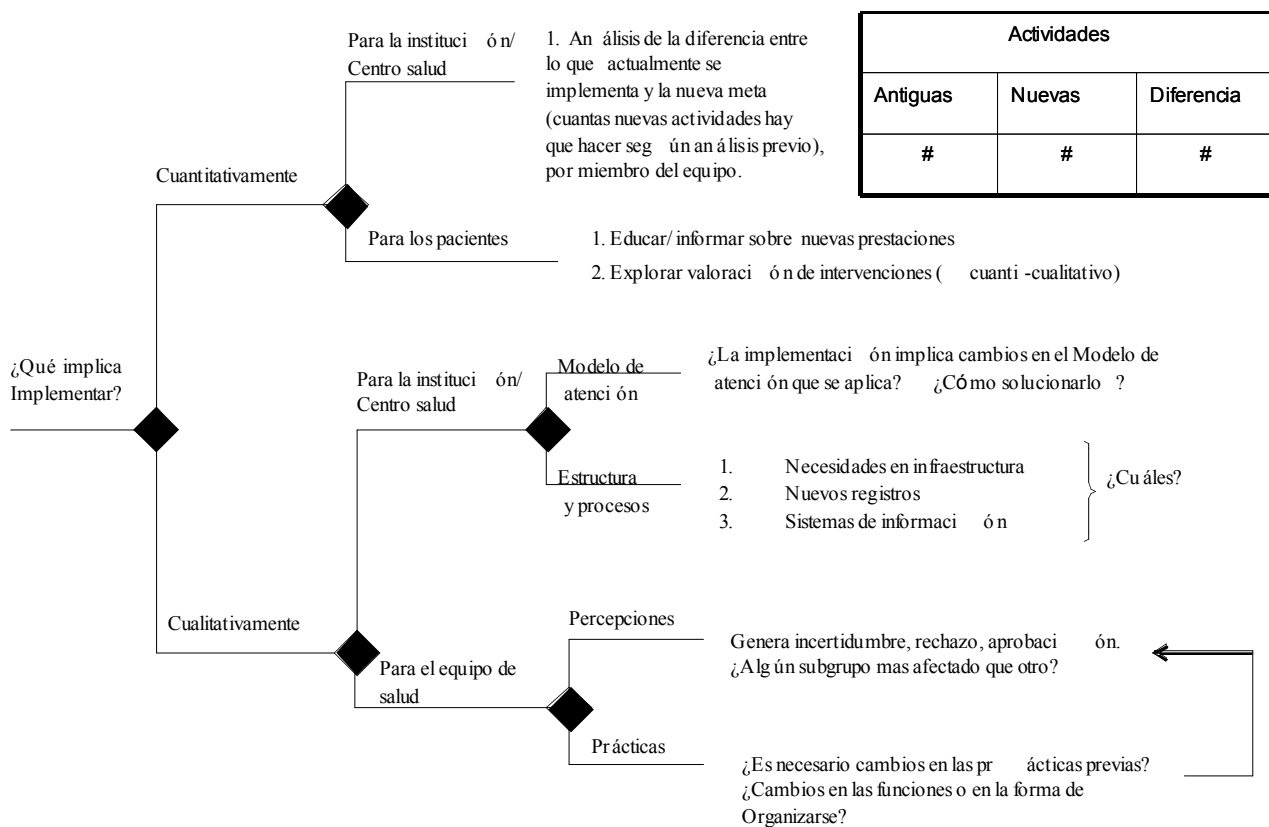
Desde la perspectiva cualitativa, las áreas que implican mayores desafíos son las relacionadas a estructuras y procesos, es decir, todas aquellas actividades que no son el servicio mismo que el paciente recibe y observa, sino más bien son el soporte para que el paciente reciba el servicio, es lo que se suele llamar la cadena de valor. En particular, necesidades de infraestructura, nuevos registros y sistemas de información suelen ser puntos críticos durante la implementación de nuevas estrategias, ya que serán insumos básicos para los procesos de evaluación. Respecto del modelo de atención, ya se ha mencionado que

algunos planes o programas pueden hacer compleja la aplicación de un modelo de atención determinado, y que debe ser considerado para evaluar de que manera realizar la implementación.

Los aspectos relacionados con el equipo de salud son quizás de los más importantes, pues las practicas y las conductas de los trabajadores de la primera línea son los que en último término definen si se ejecuta apropiadamente una política. Desde esa perspectiva, conocer si hay rechazo o incertidumbre es clave para intervenir en ello. Si es necesario cambios en las prácticas, o en el modo en que el equipo se hace cargo de un problema puede generar mucha resistencia, y ser el factor desequilibrante que impida la ejecución de las estrategias implementadas.

El producto esperado de esta fase es una aproximación a las diferencias entre lo que hoy existe y lo que se necesita para implementar adecuadamente el plan en desarrollo, de modo que se expliciten los puntos en los cuales se debe poner especial cuidado para el éxito en la implementación.

En un esquema simple:



Nuevamente, el levantamiento de datos se realiza con un flujo muy semejante al mencionado para la fase anterior. Se utilizan instrumentos y métodos internos o externos.

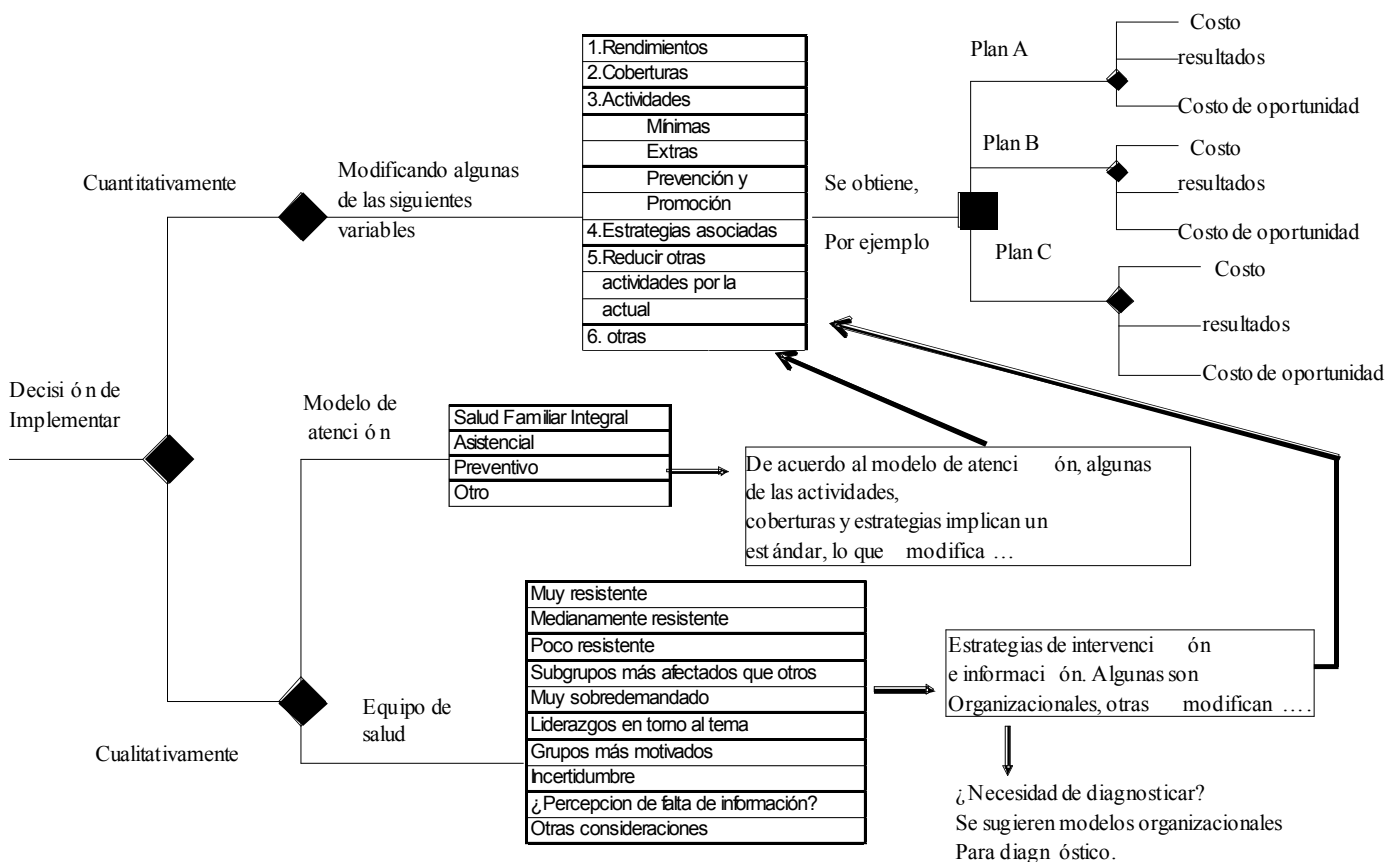
### Fase 3: Modelar escenarios para la toma de decisiones

Se propone:

Crear diferentes escenarios para elegir el más conveniente

Con toda la información precedente, se comienza a modelar diferentes escenarios que se generan a partir de modificaciones de los distintos factores que influyen en la planificación de implementación, tanto cuantitativa como cualitativa. El producto de esta fase es la obtención de distintas posibles alternativas de implementación, considerando los costos y los beneficios de ellos, para así elegir aquella que parezca adecuarse mejor a la situación de la organización. Como se aprecia en el diagrama, mediante un software sencillo, cada factor puede ser modificado, incluso considerando los factores cualitativos, lo que llevaría a diferentes escenarios posibles. Lo importante es que la decisión se tomará dependiendo de qué beneficio se establece como prioritario y qué costo se está dispuesto a pagar para lograrlo (ya sea en recursos económicos o en cargas de trabajo al personal), al mismo tiempo que se puede apreciar lo que se deja de hacer para focalizar en la nueva tarea.

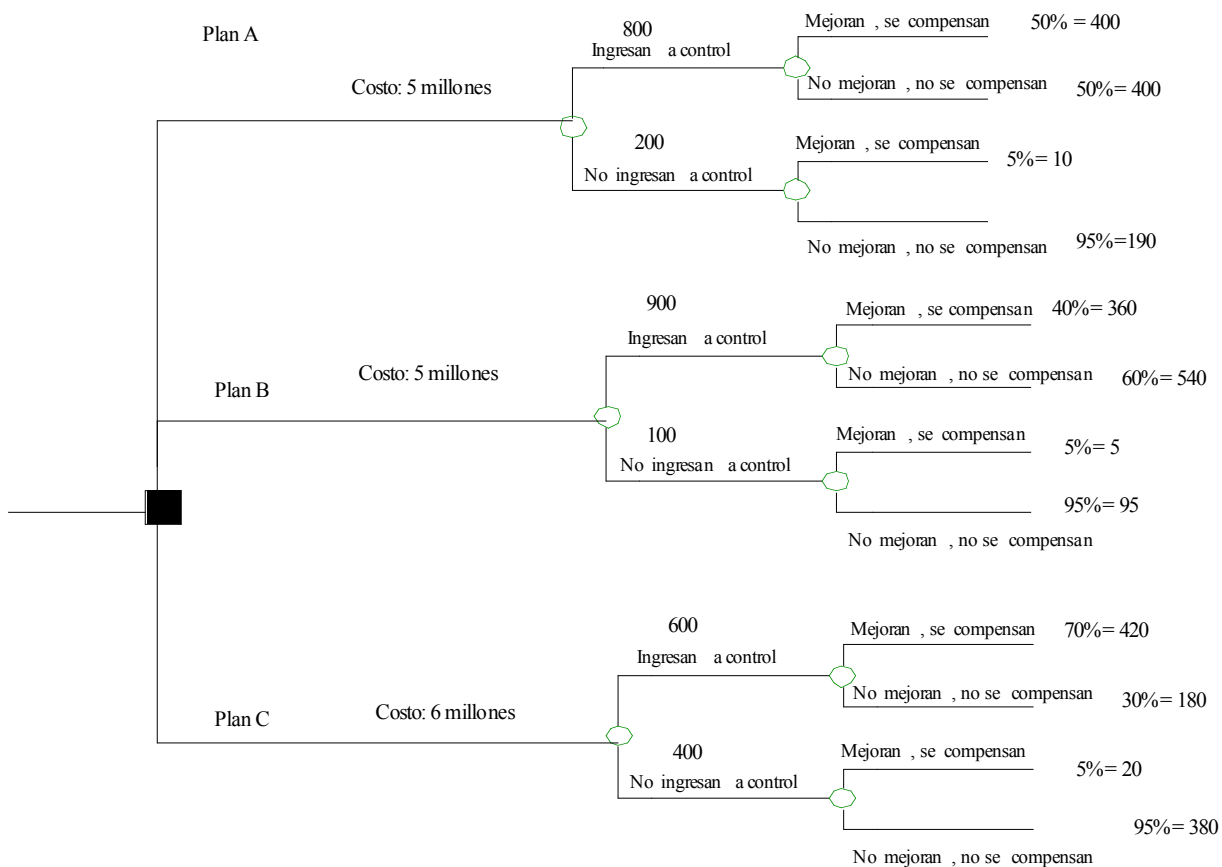
En un diagrama simple, el resultado es:



Si lo vemos en el siguiente ejemplo (basado en información real, con costos ficticios), podremos apreciar de mejor manera el resultado esperado:

Suponiendo un centro en el cual se debe cubrir una población de 1.000 personas con una determinada enfermedad. Tenemos un proceso en el cual debemos diagnosticar y encontrar a estos pacientes beneficiarios del centro de salud, y luego de ello debemos lograr que una vez estando bajo control, estos pacientes deban mejorar o compensar su enfermedad de base. Dependiendo de la información disponible, y de distintos escenarios que se pueden modelar si se definen distintas estrategias, con diferentes rendimientos ya sea en coberturas o compensación.

Tenemos los siguientes posibles escenarios:



De acuerdo a este ejemplo, el plan A podría ser el más apropiado, pues por el costo se obtiene un grado de pacientes que mejoran razonable. Ahora bien, si lo que interesa es lograr cobertura (llegar a más gente) pese a no tener grados de compensación o mejoría muy buenos, el plan B es el más indicado. Finalmente, si lo que se prioriza es el número total de personas controladas o que mejoran, sin importar mayormente el total de personas bajo control, el plan C es el adecuado si se dispone del recurso. Como se aprecia, con tal metodología se puede no sólo adelantar lo que se puede obtener, sino que se puede elegir sobre la base de resultados probables que permitan escoger de acuerdo al énfasis sobre cuál es el beneficio esperado para cada escenario. Asimismo, se puede establecer el costo de mejorar una unidad de un indicador (en este ejemplo, el millón adicional para mejorar el total de personas que mejoran entre el plan A y el C).

#### Fase 4: Modelar Evaluación

Se Propone:

Evaluar proceso y calidad en el cuidado de la salud

Luego, hay que fijar un modelo de evaluación que sea aplicado con distintos niveles de profundidad, y que de no existir la información, se sugiere como generarla y con qué tipo de modelo conceptual. En términos generales, considera los aspectos de procesos, resultados intermedios y resultados de impacto (estado de salud y calidad de vida) que permitan evaluar las distintas dimensiones de los planes en aplicación.

Resumiendo, el proceso se inicia al establecer la información necesaria que generalmente corresponde a los aspectos claves de lo que una organización realiza. Posterior a este paso, se debe analizar el problema, lo que implica dividirlo en pequeños componentes para que sean fácilmente analizables. Al mismo tiempo, esto ayuda a visualizar algunos componentes de la decisión que pueden ser susceptibles de modificación o intervención en forma más eficiente.

Luego, hay que modelar situaciones y alternativas, un proceso que no realizamos con frecuencia, o de ser realizado lo hacemos con muy pocos elementos. Es aquí donde el aporte de este modelo es muy potente.

El proceso culmina (o empieza) con la definición de los modos de evaluar y las sugerencias para cada caso, que utiliza los modelos más ampliamente utilizados en el mundo. En cada paso, el modelo sugiere los métodos a utilizar para generar información usando los que la literatura y la experiencia recomienda.

Análisis más complejos, de sensibilidad por ejemplo, son posibles de realizar y modelar, pero no serán discutidos en esta fase.

#### **Etapa 2: Desarrollo del software con las especificaciones de la etapa anterior.**

Esto implica una etapa de desarrollo específica y contar con expertos informáticos (ingeniero, programadores) para el desarrollo mismo de un modelo con la información anteriormente definida. No es un paso absolutamente imprescindible. Las recomendaciones pueden realizarse con herramientas más simples, como un sistema basado en ambiente web.

#### **Etapa 3: Piloteo y evaluación inicial del modelo asociado o no a un software producido en la etapa anterior. Ajustes y diseminación de los resultados y uso del modelo/software más ampliamente.**

El proceso de piloteo del modelo es necesario para ajustes y pruebas en aplicaciones reales, utilizando problemas que en la AP se producen, tras lo cual se plantea su utilización en forma más amplia y finalmente difusión para uso de quienes lo requieran. Se espera que en lapso de un año este modelo sea aplicable para la toma de decisiones a nivel local.

Para estos efectos, se trabajará con distintos modelos de organizaciones, Corporaciones Municipales y Departamentos de Salud. Se espera lograr probar los factores definidos, incluir nuevos si es necesario, y generar modelos en torno a problemas reales en cada sector, como por ejemplo la incorporación de nuevas garantías en salud.

### **III. Conclusiones**

La toma de decisiones es un proceso fundamental e inherente al quehacer humano. Sabemos que en este proceso la forma en que opera nuestra cognición afecta tremendamente la capacidad para ejecutar una toma de decisiones basada en etapas claramente definidas y ordenadas. Por ello, es que creemos que apoyar a los tomadores de decisiones locales puede generar resultados que vayan en directo beneficio de los usuarios del sistema de salud Primario.

Nos parece que el modelo de descentralización debe ser profundizado, así el nivel local (regional, municipal) debe adquirir mayores atribuciones y capacidades para trabajar con y por la comunidad. De este modo, se espera que el aporte de esta propuesta permita facilitar los procesos asociados a la gestión de la Atención Primaria de Salud, de modo que se transforme en un efector final de las políticas de salud nacional en forma efectiva y oportuna. También aportará a la mejoría de los procesos asociados a integración de cambios como producto de políticas locales. Con ello, se facilita el proceso de descentralización que se ha venido desarrollando desde hace mucho tiempo en el país, y contribuye a fortalecer el rol del Municipio en la toma de decisiones y en la coordinación con niveles centrales.

Con ello se logrará:

- Que los procesos derivados del desarrollo de la reforma y el plan auge se sean exitosos y que, por lo tanto, no fracase como consecuencia de una integración mal planificada o mal estructurada dentro de las organizaciones de salud primaria. También el cambio o integración de tecnologías (implantación de software o fichas electrónicas en los centros); modelos de atención (cambio de modelo tradicional a un modelo de salud familiar), entre otras, se verá facilitado por un adecuado diseño e intervención organizacional.
- Desarrollar un modelo de análisis e intervención organizacional para facilitar el cambio interno (detección de factores de resistencia o facilitación en los equipos), y que sea práctico para plantear soluciones.
- Se contribuye a mejorar la calidad en todas sus dimensiones, a través de la optimización en la calidad de la gestión de los servicios de salud.
- Los tomadores de decisión (a nivel político central o local, a nivel técnico o administrativo) podrán contar con un aval que apoye una toma de decisiones basada en evidencias. De modo que los resultados de un proceso organizacional informado y planificado no sólo ahorrará divisas al sector salud y los usuarios, sino que también favorecerán una difusión mas ágil que permita que las intervenciones alcancen rápidamente al destinatario final, el paciente, evitando mortalidad, morbilidad y deterioro de la calidad de vida innecesarias.

## Referencias

Annik M. The Chilean Health System: 20 Years of Reforms. *Salud Pública Mex* 2002; 44:60-68.

Bardach E. Problemas en la definición de problemas en el análisis de las políticas públicas. En Luis Aguilar, editor. *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Mexico: Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial 1993; pp: 219-233.

Bossert T. Analyzing the Decentralization of Health Systems in Developing Countries: Decision Space, Innovation and Performance. *Social Science & Medicine* 1998; 47(10): 1513-1527.

Bossert T, Larrañaga O, Giedion U, Arbalaez JJ, Bowser D. Decentralization and equity of resource allocation in Colombia and Chile. *Bulletin of the World Health Organization* 2003;81:95-100.

Charles E, Cobb R. Formación de la agenda. En Aguilar Villanueva editor. *Problemas públicos y agenda de gobierno*. Mexico: Miguel Angel Porrúa Grupo Editorial 1993; pp: 77-104.

Gluckman Ty J, Baranosky B, Ashen D, Henrikson C, et al. A practical and Evidence-Based Approach to cardiovascular Disease Risk reduction. *Arch Intern Med* 2004;164:1490-1500.

Graham I, Logan J. Innovations in Knowledge Transfer and Continuity of Care. *CJNR* 2004; 36(2): 89-103.

Henry N. Approaches to Public Policy and its Implementation. En Nicolas Henry, *Public Administration and Public Affairs*. Prentice Hall: Upper Saddle River N. J. 2001; pp: 297-319. Cambridge University Press, Cambridge UK 2001.

Hunink M, Glasziou P, et al. *Decision Making in Health and Medicine: Integrating Evidence and Values*. Cambridge, UK: Cambridge University Press 2001.

Iles V, Sutherland K. *Organizational Change: A review for health care managers, professionals and researchers*. National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R & D. United Kingdom 2001. Disponible en: <http://www.lshtm.ac.uk/hsrc/sdo/>

Organización Mundial de la Salud. Estadísticas de países; 2006. En <http://www.who.org>

Jiménez J. Mística, ciencia y política en la construcción de sistemas de salud. La experiencia de Chile. *Salud Pública Mex* 2001; 43:485-493.

Klein J. Five Pitfalls in decisions about diagnosing and prescribing. *BMJ* 2005; 330:781-4.

Lahera E. Gestión pública para el desarrollo nacional. *Revista de Ciencia Política* 1993; 15:187-209.

Marmot M. Improvement of social environment to improve health. *Lancet* 1998;351:57-60.

Ministerio de Salud. Encuesta Nacional de salud; 2004. Disponible en <http://www.epi.minsal.cl>



Ministerio de Salud; 2006. Disponible en <http://www.minsal.cl>

Pantoja T. La Evaluación de los Centros de Salud Familiar. Rev Chil Med Fam 2001; 2(8): 17-20.

Puente Alto, Área de Salud; 2006. Comunicación directa.

Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting Health Reform Right: A guide to improving performance and equity. Oxford University Press, New York, NY 2004.

SUBDERE. El Chile Descentralizado que Queremos: hacia un nuevo municipio; 2002. Disponible en <http://www.subdere.gov.cl>

Tamayo M. El Análisis de las Políticas Públicas. En Bañón R & Carrillo E (comps.) La Nueva Administración Pública. Alianza Editorial S.A., Madrid 1997.

Weissbluth M. La Reforma del Estado en Chile 1990-2005: De la Confrontación al Consenso. Universidad de Chile, Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas: Departamento de Ingeniería Industrial; 2006. Disponible en <http://www.esade.edu/public>

Weinstein MC, Fineberg HV, et. al. Clinical Decision Analysis, Philadelphia: W.B. Saunders 1980.