



EVALUACIÓN EX POST DE MEDIANO PLAZO CENTROS DE SALUD FAMILIAR (CESFAM)



SÍNTESIS DE RESULTADOS

Septiembre de 2020

ÍNDICE

Presentación.....	3
1. Contexto general.....	3
2. Instrumentos metodológicos del estudio	7
3. Principales resultados de diagnóstico.....	9
3.1. Población y demanda: brechas de planificación.....	9
3.2. Proceso de evaluación, inversión y operación.....	10
3.3. Infraestructura	11
3.4. Coordinación de la red de salud.....	14
3.5. Evaluación de percepción de calidad de Infraestructura y servicio	14
3.6. Gestión.....	21
4. Principales recomendaciones.....	23
4.1. Enfoque de evaluación.....	23
4.2. Localización, áreas de influencia y accesibilidad.....	23
4.3. Población y demanda	24
4.4. Oferta y red de salud.....	24
4.5. Alternativas de solución y localización.....	25
4.6. Modelo de gestión	25
4.7. Calidad de las prestaciones en salud	25
4.8. Criterios técnicos en los diseños	25
4.9. Normativa	27
4.10. Política pública.....	27

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Instrumentos metodológicos por etapa y objetivos de cada uno.	7
Tabla 2 Población comparada según estimaciones a nivel de perfil y situación actual.....	9
Tabla 3 Dimensiones y variables de percepción de calidad y satisfacción usuaria.....	15

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Modelo general de la red asistencial.....	3
Figura 2 Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.....	4
Figura 3 Proceso de transformación desde un centro de salud a un CESFAM.	5
Figura 4 Esquema integrado modelo de atención en un CESFAM.....	6

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Resumen de percepción en los factores de evaluación. Total.	16
Gráfico 2 Resumen de expectativas en los factores de evaluación	16
Gráfico 3 Resumen de cumplimiento de las expectativas en los factores de evaluación	17
Gráfico 4 Personas muy satisfechas con elementos de la infraestructura de los CESFAM.	17
Gráfico 5 Porcentaje de funcionarios que consideran muy importantes elementos de la atención al usuario	18
Gráfico 6 Porcentaje de funcionarios que se considera muy satisfecho con la infraestructura del CESFAM.	19
Gráfico 36 Porcentaje de funcionarios que considera de muy alta calidad los elementos de gestión del CESFAM.....	20
Gráfico 37 Nivel de satisfacción general de los funcionarios con la infraestructura del CESFAM	21

Presentación

La Subsecretaría de Evaluación social del El Ministerio de Desarrollo Social y Familia (MDSF), con la colaboración del Pulso SA, elaboró el estudio Evaluación Ex Post de Mediano Plazo a Proyectos de Centros de Salud Familiar (CESFAM) con el objetivo de retroalimentar el proceso de formulación y evaluación de proyectos de atención primaria de salud (APS).

El estudio, que incluyó la evaluación de 8 casos a nivel nacional cuya puesta en operación se inició en el año 2011, analizó la percepción de la comunidad usuaria de los centros de salud respecto de la calidad del servicio entregado con relación a la infraestructura e instalaciones de los centros y la gestión implementada.

Durante el proceso de trabajo se aplicaron diversos instrumentos de recolección de información, incluyendo encuestas, entrevistas y el levantamiento de las condiciones actuales de infraestructura de los centros, permitiendo obtener resultados y conclusiones a partir de un análisis integrado, teniendo como referencia el marco de la política pública nacional y hallazgos obtenidos observando el desempeño de la APS en otros países.

Se espera que el estudio pueda contribuir a mejorar la dinámica de inversión pública para el sector.

1. Contexto general

Los Centros de Salud Familiar (CESFAM) forman parte de la red chilena de prestadores públicos de salud y son los principales establecimientos que entregan atención primaria de salud. Su misión es prestar servicios de salud de baja complejidad biotecnológica a su población inscrita en el nivel primario, con el propósito de contribuir a resolver los problemas y necesidades de salud de los beneficiarios (usuarios directos), elevar la calidad de vida de la población de su territorio asignado y cubrir los déficits de atención en salud.

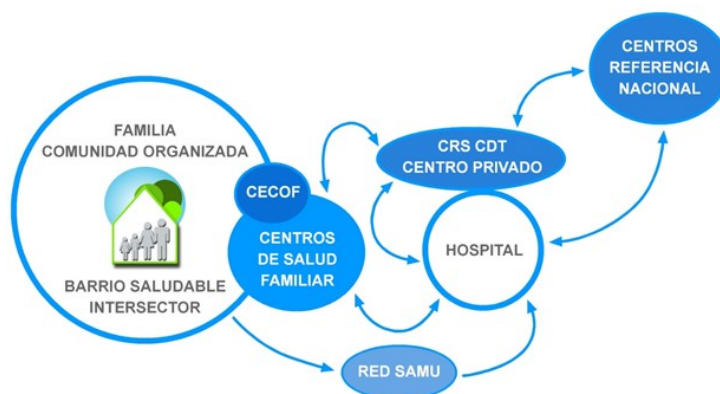


Figura 1 Modelo general de la red asistencial.

Fuente de la figura: Servicio de Salud Metropolitano Norte. <https://www.ssmn.cl/flujograma.php>.

El énfasis de estos centros es proveer de cuidados básicos de carácter ambulatorio, mediante acciones de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud.

Con un alto nivel de cobertura, consideran una población máxima asignada de 30.000 habitantes y sus servicios están basados en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS) que, a diferencia de los anteriores modelos centrados en el ciclo vital individual, orienta su estrategia de atención hacia el ciclo vital de la familia y su comunidad. Los principios del modelo se ilustran en las siguientes figuras.

La red de establecimiento de APS está compuesta, además de los CESFAM, por los CECOSF, los Hospitales de la Familia y Comunidad (Hospitales de Baja Complejidad) y las PSR, entre otros servicios asociados a urgencia como los SAPU y los SAR, los que, o están adosados a los CESFAM o bien forman parte de sus instalaciones, prestando atenciones que complementan su funcionamiento.

De acuerdo con la información del DEIS¹ del Ministerio de Salud, existen 382 CESFAM. La gran mayoría (91%) depende de Departamentos o Corporaciones de Salud Municipal, se encuentran insertos en las comunidades de su área de influencia y prestan servicios de APS a su población inscrita (beneficiarios FONASA o del sistema PRAIS², de todas las edades), fundamentalmente en los ámbitos de promoción, prevención, curación y rehabilitación.



Figura 2 Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

Fuente de la figura: Ministerio de Salud Chile. <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/09/Orientaciones-2019-.pdf>.

Los CESFAM se organizan por sectores asociados a una población a cargo, cada uno de 10 mil personas como máximo, a los cuales se asigna un equipo médico de cabecera. A estos equipos se suman una unidad de apoyo clínico, de carácter transversal a los sectores, y todo el soporte administrativo. El gestor de la red de salud (servicio de salud) determina la cartera de servicios que ofrece el establecimiento, la que debe contener, al menos, las prestaciones descritas en el Plan de Salud Familiar. Los límites territoriales de atención se determinan en base a las divisiones administrativas comunales, componentes geográficos que puedan ejercer barreras naturales, accesibilidad de la población al transporte público y condición socioeconómica de la misma, entre otros factores. La ubicación del recinto de salud debe ser aquella que permita el mejor acceso de la población a través de sus medios habituales de movilización.

El Modelo de Atención

El proceso de transformación del Centro de Salud a Centro de Salud Familiar se enmarca en una política nacional de reforma al sistema sanitario, relevando la atención primaria de salud (APS) como un eje fundamental para el logro de una mejoría en la calidad de vida de la población. El énfasis se orienta al fortalecimiento del modelo de salud familiar y de apoyo a la gestión local, esto es, el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario (MAIS). Las entidades encargadas de impulsar o potenciar el cambio radicó en los servicios de salud, para acompañar al equipo de salud y sensibilizar a los funcionarios y autoridades comunales sobre la necesidad de la implementación del nuevo modelo. Los Municipios tienen como tarea ejercer el liderazgo en el desarrollo local integrado, velando por el logro de más y mejores oportunidades que permitan un incremento en la calidad de vida de sus comunidades.

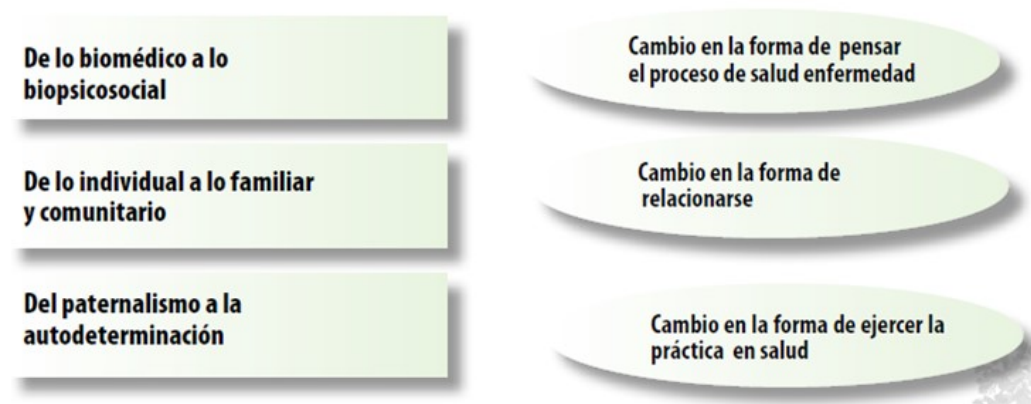
¹ Departamento de Estadísticas de Salud. <http://www.deis.cl/estadisticas-recursos-salud/>.

² PRAIS es un programa del Ministerio de Salud que responde al compromiso asumido por el Estado con las víctimas de las violaciones a los derechos humanos, ocurridas entre septiembre de 1973 y marzo de 1990.

El modelo asistencial sobre el que se fundamenta la acción de los CESFAM es biopsicosocial con enfoque familiar. En este marco, busca crear una relación de continuidad del equipo de salud, capacitado en salud familiar con una población a su cargo. Esta relación debe estar caracterizada por la confianza, vínculos de afectividad y respeto mutuo para el logro de un mayor bienestar de familias y comunidad, manejando los factores determinantes de la salud, potenciando la protección, creando condiciones para una efectiva promoción de la salud y respondiendo de manera contextualizada e integrada a las necesidades de atención de salud que surjan en dicha población.

El equipo de salud transita desde un enfoque lineal del proceso salud - enfermedad hacia uno relacional, holístico.

Figura 3 Proceso de transformación desde un centro de salud a un CESFAM.



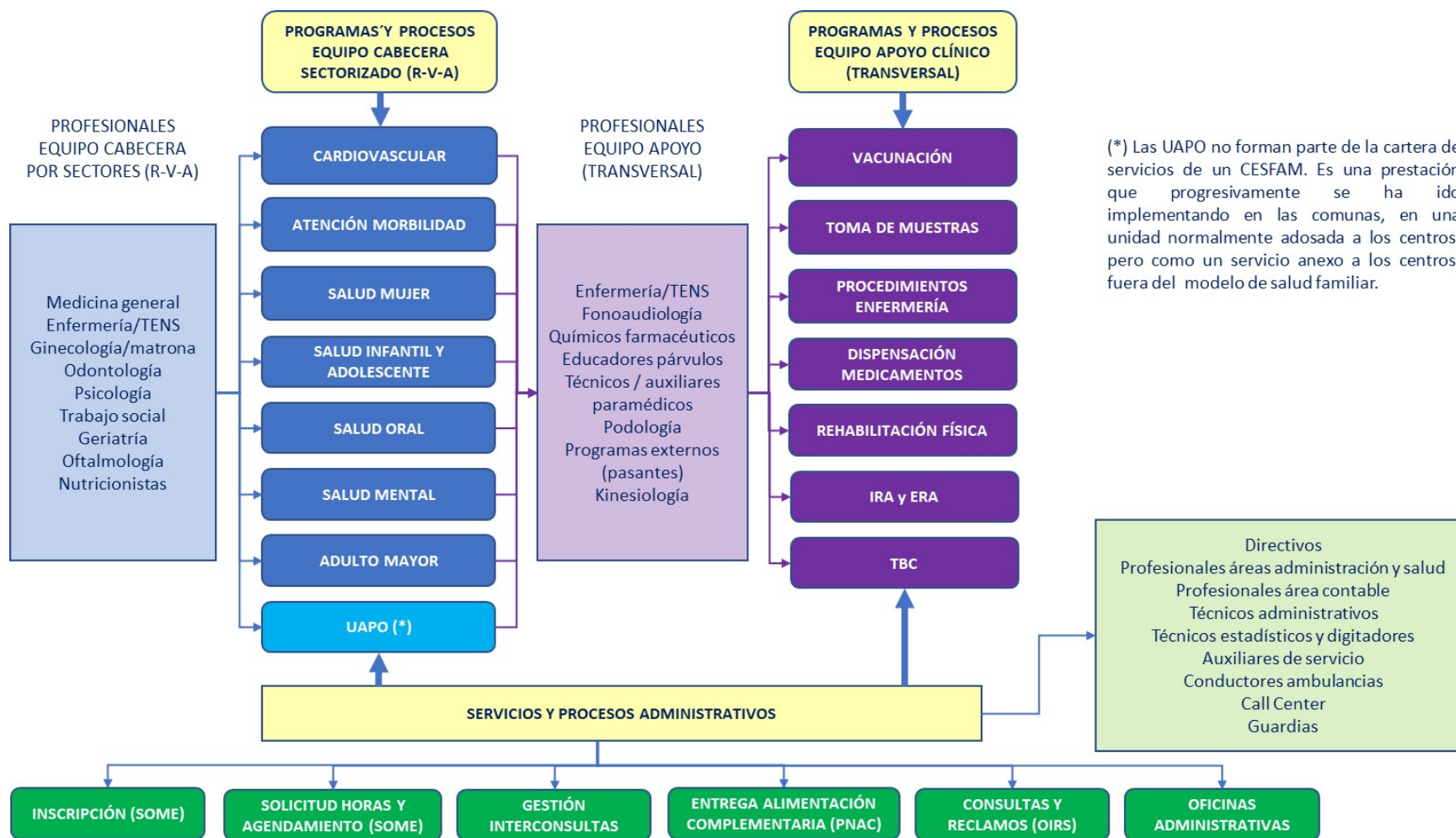
Fuente de la figura: En el camino a Centro de Salud Familiar. Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL 2008.

La organización de los centros por sectores se orienta a hacer factible el conocimiento de las familias y entorno de parte los equipos de cabecera asociados, para hacer realidad el enfoque biopsicosocial. Estos equipos están conformados por enfermeras, matronas, técnicos paramédicos, asistentes sociales y médicos, dependiendo de la realidad epidemiológica y la disponibilidad de recursos. A su vez, existen los equipos transversales que trabajan en forma coordinada con las cabeceras y están constituidos por especialistas, como psicólogos, nutricionistas, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, odontólogos, orientadores familiares y tecnólogos médicos, principalmente.

Los sectores tienen su correlato con la forma en que está también organizada la infraestructura (programa arquitectónico) de los centros actualmente, cuyos servicios de apoyo están centralizados y consisten en la propia dirección de los CESFAM, laboratorios, vacunatorios, farmacia, aseo y administración. El SOME, que se instala por sector, pone al servicio de cada equipo la información y registros de beneficiarios y familias para el apoyo de su labor.

El siguiente esquema integrado permite observar el mapa de servicios y actores en un CESFAM. En el esquema se visualiza el funcionamiento de un sector tipo, estructurado en base a 3 componentes principales que se relacionan con el modelo funcional de la infraestructura: procesos equipo cabecera, procesos equipo de apoyo o transversal y procesos administrativos.

Figura 4 Esquema integrado modelo de atención en un CESFAM.



Fuente: Pulso S.A.

2. Instrumentos metodológicos del estudio

La siguiente Tabla da cuenta de las metodologías utilizadas en cada fase del estudio³.

Tabla 1 Instrumentos metodológicos por etapa y objetivos de cada uno.

ETAPA	NOMBRE	INSTRUMENTOS	OBJETIVO
FASE 2			
	Sistematización del Contexto de Evaluación	Revisión bibliográfica y documental	Revisión del marco normativo y de políticas públicas atingentes, disposiciones administrativas, programas y prestaciones, actores y organización del sistema primario de salud.
		Benchmarking	Sistematización de experiencias internacionales de APS (Finlandia, Canadá y España), sobre modelos de gestión y redes asistenciales, que permitan entregar recomendaciones factibles a ser implementadas a nivel nacional.
		Entrevistas con especialistas sectoriales	Dar una mirada a la experiencia chilena en la materia y rescatar las opiniones sobre la problemática percibida.
FASE 3			
	Contraste Evaluación Ex Ante - Ex Post	Entrevistas con direcciones de CESFAM, direcciones municipales, corporaciones municipales y servicios de salud	Caracterización de los proyectos implementados en cuanto a infraestructura y gestión.
		Análisis de localización, áreas de influencia y red de salud	Contraste ex ante-ex post sobre población y beneficiarios, situación de la red y elaboración de cartografía de población, redes, áreas de influencia, localización de inscritos y georreferenciación de proyectos.
		Análisis de costos y cálculo de indicadores de inversión y mantención	Actualización de indicadores para el contraste entre situación prevista y real.
		Evaluación de infraestructura en base a fichas de evaluación aplicadas en terreno y planimetría	Analizar los cambios ocurridos en el tiempo y visualizar las áreas críticas.

³ La etapa 1 consistió en un proceso de ajuste metodológico, durante la cual se diseñaron y validaron los instrumentos de análisis.

ETAPA	NOMBRE	INSTRUMENTOS	OBJETIVO
		Brechas de gestión y planificación/evaluación del proyecto	Análisis de cumplimiento de objetivos del proyecto, adecuada evaluación de proyectos, capacidad de atención, problemáticas de operación.
FASE 4			
	Evaluación Calidad del Servicio y Modelo de Gestión	Encuesta a usuarios externos (beneficiarios)	Percepción de usuarios sobre infraestructura de los CESFAM evaluados, condiciones de movilidad y satisfacción con el servicio.
		Encuesta a usuarios internos (funcionarios)	Percepción sobre la infraestructura y temas de gestión del CESFAM.
		Encuesta a direcciones CESFAM	Percepción sobre la infraestructura y temas de gestión del CESFAM, de manera aislada.
		Evaluación del modelo de gestión	Viaje del usuario, cumplimiento de propósitos, estrategias implementadas (coordinación interna e institucional, trabajo con la comunidad, red, financiamiento y mantenimiento, recursos humanos, acreditación, normativa.
FASE 5			
	Recomendaciones y difusión de resultados	Recomendaciones por ámbito	Preinversión (demanda, localización, criterios técnicos, preparación y evaluación de proyectos) y política pública (comunidad, institucionalidad, gestión, normativa), incluyendo buenas prácticas.
		Documento síntesis para difusión	Documento para difusión institucional.
		Taller con sectorialistas regionales	Difusión de resultados.
		Taller con representantes MINSAL	Difusión de resultados.

Fuente: PULSO SA.

3. Principales resultados de diagnóstico

3.1. Población y demanda: brechas de planificación

Si bien los CESFAM evaluados vinieron a dar cobertura frente al déficit al momento en que se formularon los proyectos, se generaron desajustes entre la cantidad de atenciones planificadas y las atenciones efectivas, principalmente producto de la cartera de programas de salud primaria que se han incorporado a la oferta de APS. Esto implica impactos relevantes sobre las edificaciones originales debido a la necesidad de realizar numerosas adecuaciones para poder albergar, en alguna medida, las actividades y profesionales asociados a los nuevos programas, además de impactos en los gastos de operación y mantención.

Es importante comentar, de todas formas, que la principal brecha se generó en el tiempo, originada en los cambios ocurridos en los programas públicos de salud, registrándose una situación deficitaria de infraestructura en todos los casos. Las estimaciones iniciales en relación con los resultados, casi 10 años después, fueron inadecuadas, ya sea como producto de sub o sobreestimaciones en el 100% de los casos. Sin embargo, el no prever la evolución que el sistema tendría en materia de prestaciones, es lo que mayormente incidió en la infraestructura proyectada. A lo anterior, se suma la rigidez institucional en la concepción de infraestructuras poco flexibles para poder adecuarse a los cambios que, sin duda, ocurrirán en el tiempo.

También hubo diferencias en las proyecciones de población comunal y en las estimaciones de áreas de influencia de los centros y usuarios inscritos. Estas diferencias se pueden observar en la siguiente tabla. De todas formas, resulta muy importante resaltar que, parte de la variación entre la población per cápita estimada y el total de inscritos efectivos, se debe a las falencias detectadas en los registros administrativos.

Tabla 2 Población comparada según estimaciones a nivel de perfil y situación actual

CESFAM	Según perfil (1)		Valores efectivos		Variación efectiva vs perfil	
	Población proyectada total 2007 (*)	Población per cápita año 10	Población censo 2017 (2)	Total Inscritos Validados (3)	Población 2017	Inscritos Validados 2018
CESFAM Joan Crawford	15.853	14.794	18.061	13.495	14%	-9%
Reposición CESFAM de Llay Llay	24.015	19.694	24.608	21.481	2%	9%
Reposición CESFAM Marcelo Mena	20.240	16.356	29.896	26.238	48%	60%
Reposición CESFAM N° 4 María Latife	54.602	30.109	22.932	26.632	-58%	-12%
Construcción CESFAM 2ª Faja	44.775	34.292	11.922	8.800	-73%	-74%
Construcción CESFAM V Centenario	40.859	28.332	29.776	23.683	-27%	-16%
Reposición CESFAM Los Muermos	16.964	15.527	17.068	18.113	1%	17%
Construcción CESFAM Carelmapu	3.717	3.026	2.824	1.146	-24%	-62%

(*) El perfil no contempló la proyección de la población INE para el área de influencia, solo administrando los valores correspondientes a población per cápita.

Fuente: (1) Perfil de proyecto presentado al Sistema Nacional de Inversiones

(2) Censo de población y vivienda, Instituto Nacional de Estadísticas, 2017

(3) Reporte propio de cada CESFAM

Con relación a la definición de áreas de influencia, existen deficiencias en el análisis de localización. En algunos casos, al tratarse de relocalizaciones, la población beneficiaria del establecimiento puede cambiar, lo que puede llegar a generar impactos en las características de su área de influencia. Lo anterior hace necesario reforzar este tipo de análisis. Por otra parte, el análisis de la red, en aquellos casos en que se preveía una redistribución de la demanda, no fue certero, ya sea por aumentos en la demanda en el resto del sistema o por el comportamiento de los usuarios no ocurrió lo que se esperaba. Es necesario mejorar la evaluación con criterios de red, considerando que existe diversidad territorial.

3.2. Proceso de evaluación, inversión y operación

De la revisión de los perfiles de proyectos y otras fuentes de información consultadas, se aprecia que los formuladores aplicaron la metodología establecida para la preparación y evaluación de proyectos de APS, considerando los programas que existían en el momento de formular el proyecto, presentando ciertas deficiencias en la identificación de alternativas y la evaluación para determinar la mejor alternativa. Además, las estimaciones previstas para los gastos de operación fueron subestimados de manera relevante respecto de lo real, en lo que pudo haber también influido la incorporación de nuevos programas de APS no conocidos al momento de formular el perfil.

Respecto de la identificación y evaluación de alternativas de solución, todos los proyectos identificaron alternativas preliminares relacionadas con la localización del establecimiento. Sin embargo, la mayoría descarta el análisis antes de la evaluación y sólo en un proyecto se identifican dos alternativas de solución que son evaluadas, seleccionando la más conveniente con el indicador Costo Equivalente de la Atención (CEA).

El proceso de evaluación en todos los proyectos consideró los costos de inversión, operación, mantención y el costo de usuario para determinar la alternativa más conveniente, aunque sólo de una única alternativa. Sin embargo, dos de los proyectos consideraron costos y atenciones incrementales en vez de considerar los costos y atenciones totales (promedio de atenciones del año 1 y 10) que señala la metodología, calculando un indicador de evaluación erróneo ya que no contemplan los costos y atenciones del establecimiento existente.

Respecto de la fase de inversión, se estima que la inversión recomendada para el proceso de ejecución respondió adecuadamente a la necesidad de construcción o reposición de CESFAM en las comunas respectivas, ya que la inversión real total fue inferior en un 2% respecto de la inversión recomendada, con disminuciones del monto real en seis proyectos y aumentos en dos, en que esta superó a la recomendada. En la operación, en tres proyectos de los que se dispone de información el gasto de operación real superó largamente el gasto previsto en al menos 4 veces, principalmente en el ítem remuneraciones; en tanto, los gastos de mantención real aumentaron un 46% respecto de lo previsto.

En la metodología no se contempla la descripción del modelo de gestión de los centros, lo que dificulta la organización y asignación de roles y responsabilidades en la implementación del MAIS.

Las deficiencias principales relacionadas con la preinversión y evaluación se refieren a lo siguiente:

- No se incorpora explícitamente en la metodología el enfoque de evaluación costo – efectividad para evaluar las alternativas de solución de proyectos de APS, lo que permite fortalecer las capacidades de formulación en el área. Se requiere incluir, en este contexto, la descripción del modelo de gestión actual en los perfiles y la futura organización una vez que el centro entre en operación.
- Los sistemas de registro de atenciones de usuarios no presentan un estándar similar entre centros, lo que dificulta la obtención de las atenciones efectivas en la etapa de perfil y de datos comparables para

la evaluación. En tanto, el registro de ingresos y gastos son administrados por sostenedores municipales que utilizan de manera parcial el sistema por centros de costos e ingresos, lo que impide obtener oportunamente los registros de gastos de cada CESFAM para la gestión de sus direcciones.

- En relación con la composición de los gastos operacionales y de mantenimiento, normalmente el mayor porcentaje se va a remuneraciones y gastos de farmacia. El resto se reparte en otras partidas, quedando muy poco para la mantención. El problema de la falta de recursos financieros para mantención y operación de los CESFAM en general es, además de lo escaso de los fondos, el atraso en que se efectúan las reparaciones, debido a que los fondos se administran centralizadamente por parte del sostenedor, sin contar con un plan preventivo. Por ello, se actúa y responde frente a requerimientos inmediatos y críticos y no mediante un plan con un encargado. Sería conveniente explicitar en el perfil que se contemple un encargado de mantención en base a un plan definido, considerado en los costos de este componente.
- Otra dificultad en la presentación de proyectos está asociada a la falta de un análisis de los terrenos e infraestructuras que son descartados en la evaluación de localización, ya que no existe compromiso de la institución formuladora en cuanto a los usos que se le dará a la infraestructura vacante. Se debiera establecer claramente en el análisis del proyecto los usos futuros de los inmuebles liberados.

3.3. Infraestructura

Se expone, a continuación, una síntesis de los principales resultados del estudio, cuyo detalle se encuentra en los informes respectivos.

a. General

En ninguno de los proyectos se consideró el potencial aumento en requerimientos de recintos provocado por el aumento y los cambios en los programas de salud. Tampoco se consideró la flexibilidad suficiente o condiciones de ampliación futura para enfrentar estas eventualidades. Todos los proyectos están afectados actualmente por esta situación.

Actualmente la infraestructura no es funcional a los requerimientos del modelo integral de salud planteado por el MINSAL, particularmente en espacios y recintos vinculados al trabajo comunitario y terapéutico, y a aquellos propios de los funcionarios. Se ha debido sacrificar áreas esenciales de programa arquitectónico para poder ajustarse a las exigencias de los programas de salud y sus metas, en desmedro del bienestar de la comunidad de salud que opera al interior de los CESFAM y del propio modelo de APS que se ha querido implementar.

b. Áreas críticas del programa arquitectónico

La inclusión de programas de rehabilitación ha sido un tema problemático. En algunos casos, debido a la falta de espacio, este programa opera fuera de los centros, frente a otras necesidades de adecuaciones para el funcionamiento de los distintos programas.

Una de las áreas más críticas es el déficit de espacios propios de los funcionarios, tanto para descanso como para reuniones. En el necesario proceso de adaptación que han experimentado todos los casos de evaluación, este tipo de recintos es lo primero que se sacrifica frente a la necesidad de boxes y espacios para la operación de nuevos programas de salud. Debe considerarse que los funcionarios pasan muchas horas al día en los centros, por lo que los espacios para uso propio de las actividades que les son propias son fundamentales y constituyen también un derecho.

La insuficiencia de bodegas constituye un área crítica, lo que ha sido un problema transversal en los casos evaluados. Se habilita cualquier espacio residual disponible para este uso. También es crítica

la situación para operar con el programa de adultos mayores, ya que no cuentan con espacios adecuados para la actividad física, creativa y recreativa, o contar con espacios adecuados para trabajar con mujeres embarazadas. Los casinos de los funcionarios es un área también un tema crítico, los que suelen ser pequeños y generan la necesidad de múltiples turnos para alcanzar a almorzar. Asimismo, las salas multiuso no dan abasto para las diversas y necesarias actividades, incluyendo reuniones de funcionarios que, en rigor, necesitan un espacio autónomo.

c. Modificaciones al programa original

Respecto de las adecuaciones a la infraestructura ocurridas con posterioridad a la construcción de los CESFAM, se puede comentar lo siguiente:

- El problema de la pérdida de espacios que se sacrificaron para poder adecuarse a los requerimientos de la demanda, principalmente para reuniones internas y con la comunidad, disminuyó la capacidad de la red en su conjunto para adherirse, con plenitud, al modelo de atención integral de salud y a implementar, también de manera plena, los distintos programas asociados, esenciales para la salud bajo el fundamento de la prevención y vida sana.
- A excepción del CESFAM de Villarrica, que incorporó un SAR como parte integral de su infraestructura mediante una ampliación de esta, ningún edificio experimentó ampliaciones directamente asociadas a la infraestructura, ya sea por falta de espacio o debido a que ampliaciones relevantes pueden requerir nuevas postulaciones al sistema.
- Las modificaciones y efectos recurrentes sobre la infraestructura han sido los siguientes:
 - Transformación de recintos para su utilización como boxes, lo que normalmente pasa con áreas de pasillos y esperas, trabajo con la comunidad, recintos de uso múltiple para actividades comunitarias, oficinas y salas de reuniones, recintos de guardias.
 - Transformación de bodegas y baños para habilitación de oficinas, salitas de amamantamiento o ampliación interna de boxes clínicos para rehabilitar boxes de psicólogos, sociales o de nutricionistas.
 - Dada la falta de bodegas, se utiliza cualquier espacio disponible para acopiar cajas e insumos. Se habilitan bodegas bajo escalas (lo cual es eficiente).
 - Las bodegas de farmacia siempre se hacen pequeñas para la demanda, por lo que suelen habilitarse containers para estos fines, sacrificando espacios exteriores (patios y estacionamientos).
 - La falta de espacios de trabajo (oficinas) para el desarrollo de distintos programas en lo administrativo es dramática en algunos casos, lo que ha significado sobrepoblar recintos con usos compartidos o con mucho movimiento de turnos, o directamente se buscan recintos fuera de los CESFAM.

d. Estado y acondicionamiento de la infraestructura

Se verifica un buen estado general de la infraestructura en cuanto a calidad y mantención⁴, la que ha experimentado problemas puntuales a lo largo del tiempo, los que, en su mayoría, han sido resueltos. Existen algunos problemas de humedad, situación que deriva de la construcción desde el origen, los que han sido difíciles de salvar, pero la respuesta global de la materialidad y la estructura soportante ha sido eficaz.

⁴ Respecto de la mantención, durante el proceso de estudio se ha discutido en profundidad sobre este tema en vinculación con la problemática del financiamiento deficitario para dar cobertura a las incidencias. Los centros han debido realizar diversas gestiones para poder abordar los diversos problemas que han ocurrido con las instalaciones y equipos.

Los problemas se han concentrado, principalmente, en las zonas húmedas (baños), debido a la vejez de ductos y grifería, los que normalmente son reemplazados por componentes de inferior calidad debido a los costos de reemplazar los originales o a la falta de disponibilidad en plaza.

En una segunda instancia, suelen ser recurrentes los problemas de manillas y cierres de puertas. Las manillas, cerraduras y marcos fallan por el uso y generan problemas funcionales de mal cierre y pérdida de temperatura de los espacios.

El tema del acondicionamiento térmico también es un problema. Dado el escaso planteamiento para la utilización de medios pasivos para la acción térmica y la ausencia de aislación térmica, los sistemas de acondicionamiento forzado de climatización generan una importante pérdida de energía. Por último, el acondicionamiento de los espacios es aún básico en las salas de espera, disponiéndose esencialmente de sillas tipo, pero con ausencia de mesas de apoyo, ornamentación, paneles informativos, acceso a revistas y eventualmente algunos sillones más cómodos de descanso, particularmente en el caso de adultos mayores y mujeres embarazadas.

e. Brechas de capacidad

Se ha generado una falta de boxes de atención, considerando la diversidad de programas existentes bajo el nuevo modelo de atención en salud que incluyen, además de la atención médica, atención psicológica y psico social. En todos los casos evaluados se ha tenido que incluir boxes adicionales por la vía de pérdida de otros espacios. En casos puntuales se ha sacrificado un box para habilitar otros espacios necesarios.

Un tema importante es el hecho que, ante la necesidad de habilitar boxes médicos, suelen sacrificarse boxes asociados a programas psicosociales. Por otro lado, y en coherencia con la falta de espacio frente a nuevas demandas, también se ha sacrificado espacios exteriores para la habilitación de contenedores orientados a albergar bodegas de farmacia o leche, boxes dentales o unidades UAPO.

f. Brechas de sustentabilidad, tecnología y accesibilidad universal

El desempeño más bajo tiene que ver con temas de sustentabilidad, en primer lugar, seguida de la tecnología disponible para la comunidad en su conjunto.

Respecto de la sustentabilidad, es escasa la incorporación, en el origen, de sistemas que permitan hacer uso racional de la energía. Si bien la incorporación de sistemas LED se ha masificado y, particularmente en el sur, el termo panel comenzó a ser una norma en las construcciones, aún se utiliza el petróleo y la leña para calefaccionar y los sistemas pasivos de asoleamiento y ventilación no se implementan consistentemente.

Respecto de la tecnología, si bien los centros han transitado progresivamente hacia la transformación digital, aún adolece de asociatividad en el sentido de poder acceder a sistemas únicos integrados de parte de toda la comunidad usuaria del sistema de salud, lo que permite sistematizar la información en línea y contar con data para las evaluaciones situacionales.

En cuanto a la accesibilidad universal, la normativa ha transformado en una exigencia algunos componentes básicos como huellas podó táctiles, barras de sujeción en accesos y baños, rampas facilitadoras de acceso en sillas de rueda y baños para personas con movilidad reducida con capacidad para sillas de ruedas. Pero aún es precaria la inclusión plena, no detectándose accesibilidad real para ciegos y sordos, por ejemplo.

3.4. Coordinación de la red de salud

Se estima que, desde el punto de vista de la coordinación de la red, hay aspectos que deben mejorar y que no necesariamente dependen del sistema de APS, por ejemplo, la integración de la información clínica y el compartir metas y compromisos que generen trabajo conjunto. Se considera relevante reforzar la coordinación en torno a mesas de trabajo entre los distintos niveles de la red para evaluar problemáticas, generar procesos oportunos de prestaciones y contraprestaciones y compartir conocimiento.

3.5. Evaluación de percepción de calidad de Infraestructura y servicio

Para la evaluación de la calidad del servicio se analizaron diversos componentes, cuya información deriva de los distintos instrumentos aplicados en terreno, esto es, entrevistas a actores del sistema de APS (expertos, direcciones de CESFAM, direcciones municipales de salud, servicios de salud), encuestas a beneficiarios al interior de los CESFAM, y encuesta en línea a funcionarios y direcciones de CESFAM. Se realiza, a continuación, una síntesis de conclusiones de cada componente.

a. Oferta de valor que expresan los centros

La oferta de valor tiene que ver con el compromiso que los centros establecen con el cliente (usuario inscrito) en relación con la calidad del servicio que aspiran a prestar. No es común encontrar documentos donde esta oferta de valor se formalice en los establecimientos; ello ocurre a través de los planes comunales anuales de salud que los municipios y corporaciones elaboran en base a los objetivos y metas del sector salud sobre la base de los objetivos sanitarios de la Estrategia Nacional de Salud (en este caso, 2011-2020). De parte de los CESFAM, algunos de los centros declaran su misión y visión en su página web cuando esta existe. Para poder detectar esta oferta de valor de parte de los centros, en las entrevistas realizadas se incluyó la pregunta: **¿cuál es la promesa de calidad del servicio u oferta de valor del CESFAM?** Como síntesis, se obtuvo el siguiente tipo de respuestas.

- Trabajar con profesionalismo con acento en la promoción de la salud para la comunidad.
- Aumentar la resolutiveidad de la APS y fortalecimiento del territorio rural por las dificultades de acceso, en torno a un concepto de equidad y autonomía.
- Planes de salud comunal con un fuerte enfoque intersectorial y profunda implementación del modelo de salud familiar, promoción y coordinación, con participación de la comunidad.
- Disminución de esperas.
- Fortalecer confianzas en el sistema de salud de parte de la comunidad y mejorar permanentemente el servicio. Fuerte arraigo comunitario y promoción de empoderamiento comunitario.
- Foco hacia el mejoramiento de procesos, clima laboral y trabajo con los funcionarios, con equipos multidisciplinarios en constante desarrollo y equipos humanos comprometidos con la comunidad y la institución, que se destaque por el trato digno al usuario.
- Entrega de un servicio integral, de calidad y humanizado, con participación de la comunidad y el intersector, incorporando innovación tecnológica, constante perfeccionamiento y formación de nuevos profesionales para una atención eficaz, eficiente, cercana, respetuosa, solidaria y profesional.

- Una asistencia cada vez más biopsicosocial, otorgando igualdad de oportunidades, infraestructuras dignas y acercando la atención médica a los sectores rurales, pues la realidad es una sola y se aborda igualitariamente sin distinción de ningún tipo.

b. Resultado consolidado de percepción de satisfacción de los beneficiarios

La siguiente Tabla da cuenta de las dimensiones y variables evaluadas para entender posteriormente la evaluación, de acuerdo con el criterio ServQual.

Tabla 3 Dimensiones y variables de percepción de calidad y satisfacción usuaria

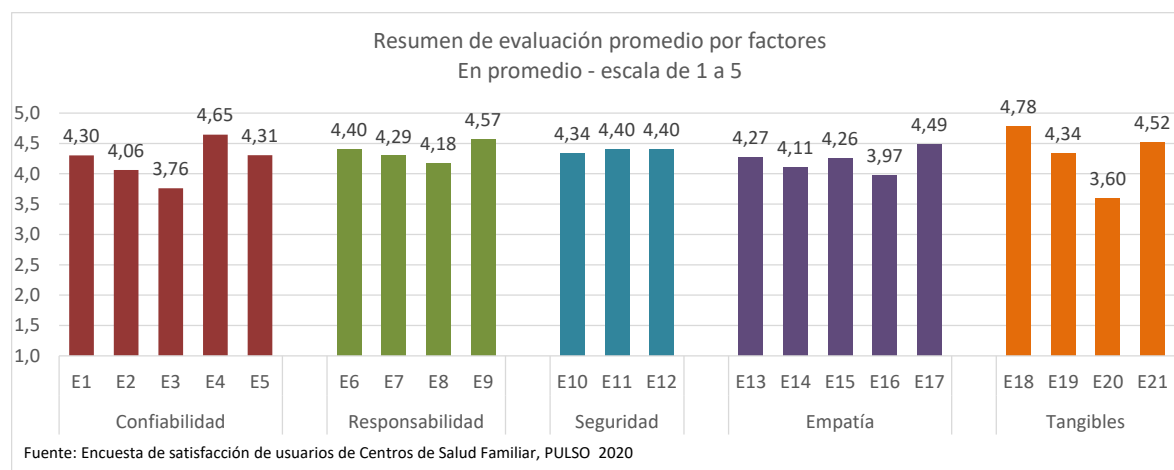
Dimensión	Elemento	Descripción
Confiabilidad (cumplir lo que se ofrece)	E1	La atención ocurrió de acuerdo con la fecha y hora programada
	E2	La atención en el mesón fue rápida
	E3	La espera en el consultorio para ser atendido(a) fue breve
	E4	Le entregan los medicamentos, alimentos y exámenes en los plazos esperados
	E5	La atención duró el tiempo esperado
Responsabilidad (capacidad de respuesta en tiempo y voluntad)	E6	El personal le informa con claridad el procedimiento antes de ser atendido
	E7	El personal dedica el tiempo necesario para atender y resolver dudas
	E8	El personal responde con prontitud a las solicitudes
	E9	El personal le informa con claridad el tratamiento a seguir y la próxima atención
Seguridad (conocimiento, cortesía y transmisión de confianza)	E10	El personal tiene el conocimiento suficiente para resolver dudas
	E11	La forma en que se trabaja le da confianza
	E12	Le da seguridad la atención recibida
Empatía (atención personalizada y cuidado)	E13	El personal muestra disposición a resolver dudas y consultas
	E14	El personal se interesa en sus necesidades
	E15	El personal considera su opinión al momento de decidir un tratamiento
	E16	El personal atiende en horas que me convienen
	E17	El personal lo saluda y lo trata por su nombre
Tangibles (<u>Apariencia de las instalaciones y recursos</u>)	E18	El personal se presenta aseado con uniformes adecuados para el área de salud
	E19	Los equipos y el mobiliario son modernos
	E20	El personal del consultorio es suficiente para atender sus necesidades
	E21	El edificio es moderno y confortable

Fuente: Pulso SA.

En el siguiente gráfico se puede observar un panorama general de la percepción en cada uno de los factores analizados, identificando las cinco dimensiones de evaluación. Aquí se puede apreciar una buena percepción en la mayoría de los factores evaluados, siendo la presentación del personal (E18) el mejor evaluado, seguido de la entrega de los medicamentos en los plazos esperados (E4). Se aprecia que los elementos relacionados con seguridad, es decir que el personal tenga el conocimiento para resolver dudas, la confianza que le genera el trabajo y la seguridad de la atención médica, es la que presenta una evaluación más homogénea. Finalmente, la espera para ser atendido (E3) y que el personal sea suficiente (E20), son los elementos con la peor percepción

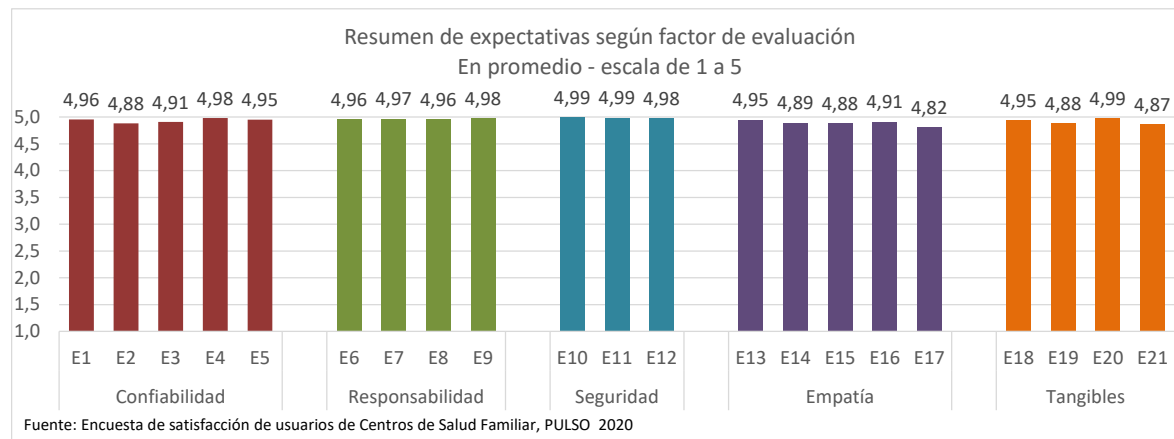
dentro de los elementos evaluados.

Gráfico 1 Resumen de percepción en los factores de evaluación. Total.



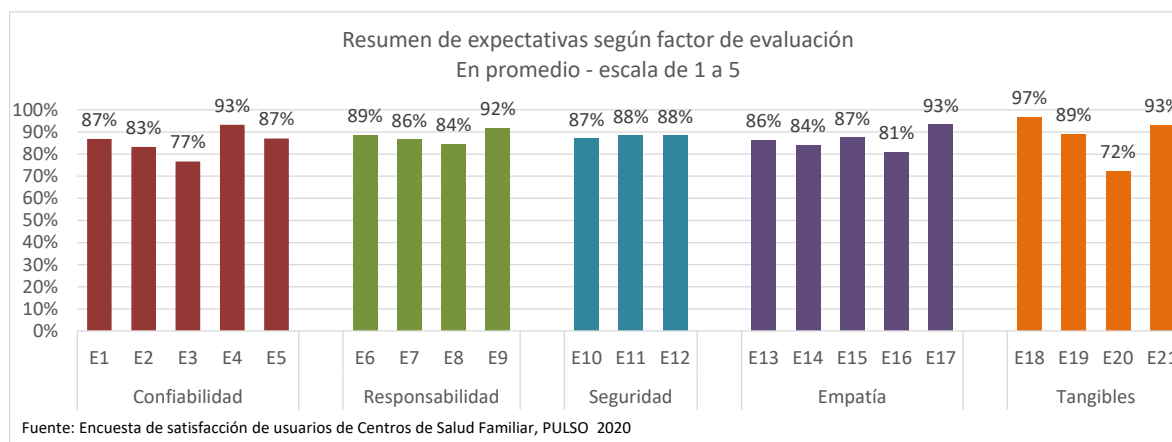
En la misma encuesta de satisfacción de usuarios se consultó acerca de las expectativas que estos tienen acerca de la atención de salud. Era esperable, para un servicio de primera necesidad y de gran importancia como la salud, el nivel de expectativas respecto a los factores evaluados es alto en cada uno de ellos.

Gráfico 2 Resumen de expectativas en los factores de evaluación



Al realizar una comparación entre la percepción y las expectativas de los usuarios, se aprecia un nivel de satisfacción que supera al 80% de las expectativas, salvo en dos aspectos. El primero de ellos, identificado por E3 en el siguiente gráfico y que se relaciona con el tiempo de espera para ser atendido, llega a un nivel de satisfacción del 77%. En el segundo caso, identificado por E20, relacionado con la suficiencia del personal, llega al 72% de satisfacción, siendo consistente en todos los establecimientos evaluados. En ambos casos coincide en que son los factores con la menor evaluación.

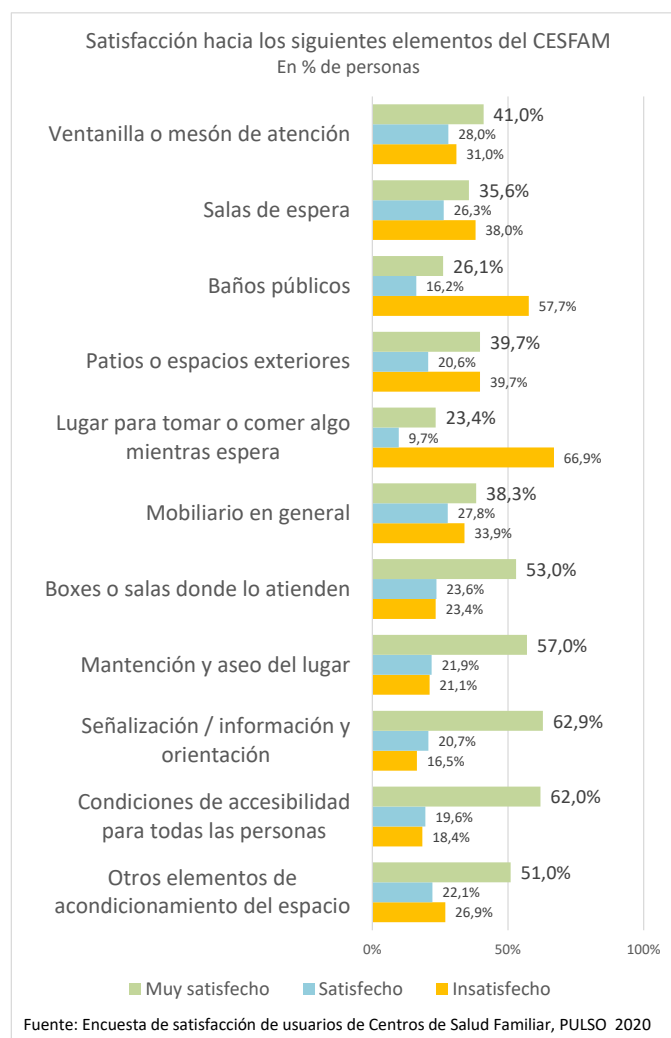
Gráfico 3 Resumen de cumplimiento de las expectativas en los factores de evaluación



c. Satisfacción de los usuarios con la infraestructura

En el caso de la infraestructura, también consultada en la encuesta a usuarios, se aprecia un bajo nivel de satisfacción, que va del 23,4% en el caso de la disposición de lugares para beber o comer durante la espera hasta el 62,9% correspondiente a la señalización y paneles de información al usuario existentes en el recinto. Un primer grupo de espacios, relacionado a las áreas comunes de los CESFAM, obtienen niveles de satisfacción heterogéneos. 41% de las personas declara un alto nivel de satisfacción con la ventanilla o mesón de atención, siendo la zona mejor evaluada de este grupo. Respecto de la sala de espera, 35% de las personas indica alto nivel de satisfacción; sin embargo, al referirse a los baños públicos el porcentaje de personas satisfechas desciende de forma importante, llegando al 26,1%.

Gráfico 4 Personas muy satisfechas con elementos de la infraestructura de los CESFAM.



Esto último se puede relacionar tanto con la disponibilidad de los espacios como al estado de los artefactos y la limpieza. Los patios exteriores tienen una evaluación satisfactoria en el 39,7% de las personas consultadas y los lugares para beber o comer son evaluados satisfactoriamente por el

23,4%. Finalmente, el mobiliario de los CESFAM es evaluado satisfactoriamente por parte del 38,3% de las personas consultadas.

Respecto de la segunda categoría de espacios, es decir, zonas de atención médica como los boxes y salas de atención, se puede observar que son evaluados de forma positiva por más de la mitad de las personas consultadas, llegando al 53%.

Finalmente, el tercer grupo conformado por las actividades o espacios accesorios presenta niveles de satisfacción medios. Es así como la mantención y aseo en los recintos es juzgada de forma satisfactoria por el 57% de los consultados, un 62,9% de las personas hace lo propio respecto a la señalización e información disponible y, en el caso de las condiciones de accesibilidad, la cifra llega al 62%. Respecto a otros elementos disponibles en los recintos, como televisores u otros, se logra una valoración satisfactoria por parte del 51% de las personas consultadas.

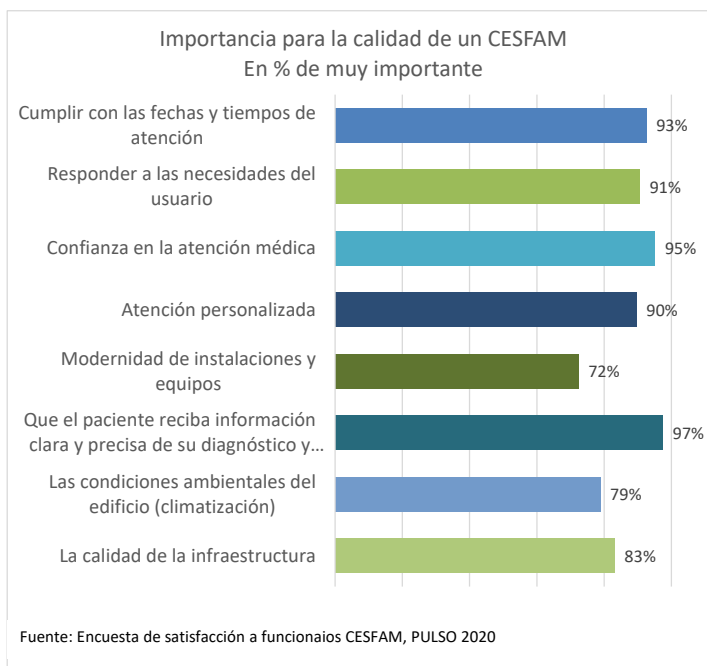
d. Percepción de funcionarios acerca de los factores de calidad

Para el caso de los funcionarios, se realizaron consultas sobre la importancia de que algunos elementos estén presentes para asegurar la existencia de establecimientos de alta calidad. A la mayoría de los elementos consultados se les asigna un gran nivel de importancia. Cumplir con las fechas y tiempos de atención es considerado un elemento muy importante por el 93% de los funcionarios consultados; responder a las necesidades del usuario es señalado como muy importante por el 91% de estos; en el caso de confianza en la atención médica, la proporción de personas que lo consideran muy importante aumenta a 95%; en el caso de la atención personalizada, 90% de los consultados lo considera como un elemento muy importante; finalmente, lo relacionado a la modernidad de las instalaciones y equipos es mencionado por el 72% de las personas como muy importante.

Gráfico 5 Porcentaje de funcionarios que consideran muy importantes elementos de la atención al usuario

Una pregunta similar se realizó a los usuarios de los CESFAM, obteniendo resultados igualmente altos en todos los elementos, incluyendo la modernidad de las instalaciones. En definitiva, la opinión de los funcionarios logra diferenciar de mejor manera estos elementos.

Por otro lado, se otorga gran importancia a la entrega de información clara y precisa a los pacientes, en opinión del 97% de los funcionarios encuestados que lo consideran muy importante.



Con menor nivel de importancia aparecen las condiciones ambientales del edificio (79%) y la calidad de la infraestructura (83%).

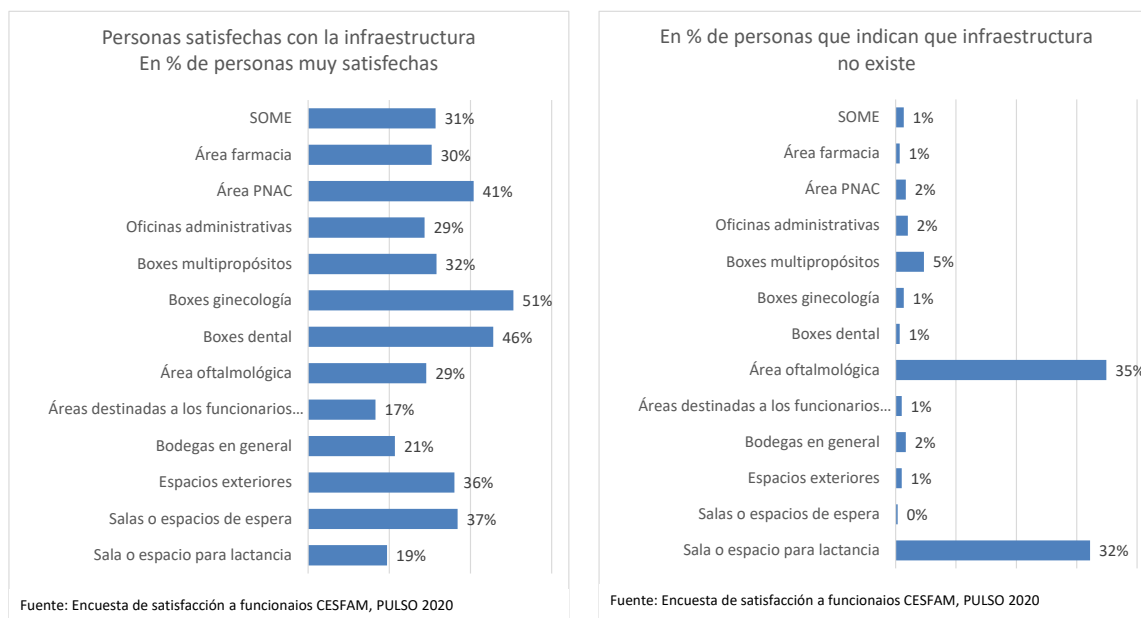
e. Satisfacción de funcionarios acerca de la infraestructura

En términos generales, la satisfacción con los distintos espacios de la infraestructura de los CESFAM es de medio a bajo, notándose diferencias importantes entre ellos. Los boxes de ginecología y dental son los que muestran una mayor proporción de personas satisfechas, con un 51% y 46% respectivamente. A estos espacios le sigue el área PNAC, con 41% de las personas satisfechas. En un segundo nivel se encuentran las salas de espera, espacios exteriores, boxes multipropósitos, farmacia y SOME, todos con un nivel alto de satisfacción para el 30% al 37% de los funcionarios consultados.

Finalmente, otros espacios como las oficinas administrativas y el área oftalmológica logran un bajo porcentaje de personas muy satisfechas, aunque son las bodegas en general, las salas de lactancia y las áreas para los funcionarios las que logran una menor proporción de personas satisfechas, entre el 17% y el 21%.

Es coincidente que estos espacios sean los que comúnmente fueron señalados como deficitarios en las visitas a terreno. Las bodegas parecieran ser insuficientes y se han adaptado espacios residuales para acoger los insumos o desechos de los CESFAM; las salas de lactancia son un requerimiento posterior al diseño y construcción de estos centros, por lo que algunos han adaptado recintos en salas de espera u otros espacios para destinarlos a este uso, mientras que en otros lugares no existe; las salas destinadas a los usuarios pueden ser reducidas en superficie y confortabilidad.

Gráfico 6 Porcentaje de funcionarios que se considera muy satisfecho con la infraestructura del CESFAM



Respecto de los equipos, consultando sobre los problemas que pudieran tener ya sea debido a la antigüedad o por la mantención deficitaria, 15% de los consultados señala que los equipos dentales

tienen problemas por su antigüedad, mientras que 19% señala problemas de mantención. En el caso de equipos de esterilización, se aprecia que los problemas de mantención son más recurrentes, mencionados por 29% de las personas, mientras que los problemas de antigüedad son mencionados por el 11%. En cuanto a los equipos de rayos, el 8% y el 14% de los funcionarios consultados señalan problemas de antigüedad o mantención, respectivamente. Respecto del box ginecológico, 12% menciona problemas por antigüedad de equipos.

En cuanto a las máquinas de soporte como los generadores eléctricos, sensores de humo y luces de emergencia, aparecen mencionadas de forma frecuente con problemas de mantención (18%, 13% y 17% de los consultados, respectivamente). Entre los otros equipos mencionados con problemas destacan los computadores, principalmente por su antigüedad, las ambulancias, los ascensores y los vehículos para atención domiciliaria. Entre los equipos médicos se menciona también con problemas los equipos de rayos, electrocardiógrafos y desfibriladores, además de problemas eléctricos por el uso.

f. Percepción de funcionarios acerca de la gestión

Al consultar a los funcionarios acerca de la calidad de la gestión de sus respectivos centros, se puede observar que ninguno de los factores sobrepasa el 50% de las menciones.

La colaboración de parte de los usuarios es el aspecto que menos menciones tiene. De hecho, el 14% de los encuestados considera que este ítem es de alta calidad en su CESFAM.

En un segundo grupo de elementos se encuentra la disponibilidad de insumos médicos y equipamientos, los cuales son considerados de alta calidad solo por el 24,3% y 25,4% de los consultados, respectivamente.

En un tercer grupo de elementos está la asignación de calidad respecto del tiempo que transcurre entre la solicitud de hora y la entrega (27,8%), la disponibilidad de recursos humanos (29,4%), la disponibilidad de ambulancias (29,8%) y el tiempo desde la entrega de la hora hasta que se concreta la atención (30%). De este grupo cabe destacar que, de acuerdo con los usuarios encuestados, la disponibilidad de recursos humanos es el aspecto más deficitario.

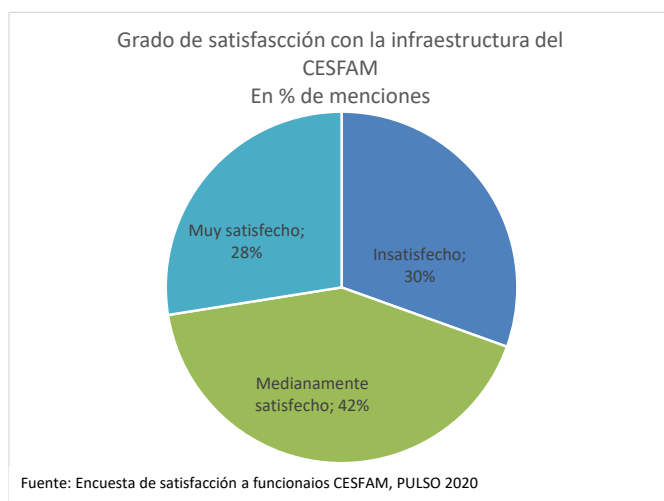
Gráfico 7 Porcentaje de funcionarios que considera de muy alta calidad los elementos de gestión del CESFAM



En un cuarto grupo de factores se encuentra la apreciación del estándar respecto de la mantención del recinto (31,6%), seguido por la coordinación entre las áreas del CESFAM (34,7%), la modernidad de las instalaciones (35%), el control de las actividades realizadas en el consultorio (35,2%) y la organización de los archivos para las consultas médicas (38,4%).

Finalmente, en el grupo de elementos con mayor calidad se encuentra la planificación de metas, mencionado por el 41,4% de los funcionarios consultados, el liderazgo directivo, mencionado por el 43,1%, el logro de metas planificadas con el 43,9% de las menciones y, finalmente, el grado de empatía de los funcionarios, que es mencionado por el 46,4% de los funcionarios encuestados.

g. Evaluación de funcionarios sobre la gestión



Al consultar acerca de la satisfacción de los funcionarios sobre la infraestructura de los CESFAM, 28% se declara muy satisfecho con ella, 42% se declara medianamente satisfecho, mientras que el 30% se declara insatisfecho. Este nivel de insatisfacción se puede deber a los aspectos deficitarios mencionados anteriormente. Resalta que los funcionarios son más exigentes que los usuarios al momento de juzgar la infraestructura.

Gráfico 8 Nivel de satisfacción general de los funcionarios con la infraestructura del CESFAM

3.6. Gestión

a. Estrategias de gestión

En términos generales, las estrategias de gestión de los establecimientos son coherentes con el MAIS. Varias de estas estrategias se aplican en la medida que puedan disponer de los tiempos y espacios adecuados para implementarlas, pero muchas veces no cuentan con ninguno de los dos. En esta relación de coherencia, sin duda ha ayudado la implementación de los proyectos de infraestructura -cuya organización arquitectónica se ha generado base al modelo-, al menos al inicio del proceso.

Parte de los desajustes generados para poder mantener la coherencia en la aplicación de las estrategias del modelo tienen su base en:

- Cambios en los programas de salud, para lo cual los edificios, todos ellos del 2011, no estaban preparados, y las numerosas adecuaciones experimentadas en la totalidad de los casos dan cuenta de ello. En ninguno de los proyectos se consideró el potencial aumento en requerimientos de recintos provocado por el aumento en los programas de salud. Tampoco se consideró la flexibilidad suficiente o condiciones de ampliación futura para enfrentar estas eventualidades. Todos los proyectos están afectados actualmente por esta situación.

- Cambios en los estándares vinculados a las autorizaciones sanitarias y acreditaciones, lo que en muchos casos ha sido una piedra de tope para lograrlas y en otros, con mucha dificultad debido a la falta de espacio, significó adecuaciones forzadas en espacios restringidos.
- No contar ni con el tiempo ni con el espacio para la realización de actividades internas. En el primer caso, las necesidades de atención asociadas a los diversos programas de salud y sus metas hacen difícil encontrar tiempos para cumplir en un 100% con los lineamientos que plantea el modelo de salud en cuanto a la gestión y coordinación internas. En el segundo, este muchas veces se sacrifica debido a la incorporación de recintos necesarios para que los equipos puedan desempeñar los trabajos de especialidad requeridos debido a los cambios en los programas de salud y en el propio modelo.
- No contar con el financiamiento necesario para la realización de diversas actividades de formación, promoción, prevención e innovación que permitan el óptimo desarrollo de una cultura organizacional empataada con la visión integral del MAIS.

b. Gestión interna y externa

Se puede indicar, a modo de síntesis, las siguientes situaciones críticas.

- El aumento de personal clínico, derivado de la diversificación de programas, se enfrenta con las limitaciones de infraestructura para su cabida, obligando a externalizar algunos servicios y no pudiendo incluir otros (cirugía menor, rehabilitación). Esto se ve agravado por los cambios en las normativas de salud, particularmente en materia de autorizaciones sanitarias, y la rigidez de la infraestructura para adecuarse a los cambios.
- Fuertes limitaciones en el financiamiento de la mantención y ausencia de planes de mantenimiento programados.
- La ausencia de un criterio en base a centros de costos genera una baja autonomía de los centros y, con ello, serios impedimentos para resolver problemas urgentes de mal funcionamiento de los equipos y la infraestructura.
- La geografía ha constituido una barrera en algunos casos, particularmente para usuarios del sector rural para la movilidad, debiendo pagar altos costos en transporte. Ello se agrava cuando no existe una red satisfactoria de postas rurales con mejor resolutiveidad.
- Los problemas de espacio impactan en el desempeño de los recursos humanos y la calidad del servicio. Particularmente importante es la ausencia de espacios para los funcionarios y para la comunidad, los que se vulneran o sacrifican frente a las demandas del modelo.
- La infraestructura limita el desarrollo de las aspiraciones y propósitos, dada la cantidad de inscritos y la evolución de los programas de salud, cuando no hay espacio para ampliarse o adaptarse al cambio y cuando los equipos no pueden desempeñarse adecuadamente en infraestructuras limitadas.
- El mal desempeño de áreas sensibles que requieren accesibilidad universal, como salas de rehabilitación y dispensación de fármacos localizados en pisos superiores, espacios de dimensiones muy justas o ascensores estrechos, entre otros, responden a un mal diseño original que no es evaluado de acuerdo con los requerimientos de calidad y normativa de los servicios que prestan los centros, impactando en usuarios y funcionarios, y generando barreras para la acreditación.
- Entre los temas más complejos está el trabajo en terreno para asistir a hogares con necesidades específicas como pacientes postrados, como ausencia de vehículos en el momento oportuno (por problemas de mantención o agenda), territorios difíciles ante las inclemencias climáticas, personal que colapsa en sus cargas de trabajo y la inversión requerida para la consolidación de establecimientos rurales con resolución.
- Existen limitaciones en el sector rural para incorporar tecnología, lo que impacta en la actualización de historiales clínicos electrónicos de los pacientes con un adecuado manejo de bases de datos.

- El fundamento de la promoción y prevención en salud, esencial para dar cumplimiento al modelo y que depende de la relación con la comunidad para efectos de educar y capacitar para una vida más sana, se ve sacrificado ante las necesidades de contar con espacios de atención clínica y médica que viene a ocupar aquellos “más prescindibles”. Se generan desajustes e incongruencias entre la implementación del modelo, carencias y rigideces de la infraestructura y el trabajo integral del personal de cabecera y transversal.

c. Recursos humanos

En general, el personal disponible en los centros es suficiente para las necesidades de atención de las personas inscritas validadas, existiendo dificultades en algunos para la atención de odontólogos.

En lo principal, no existen estándares que permitan prever los necesarios incrementos que el personal, particularmente los equipos de apoyo o transversales, debe tener para poder atender de manera efectiva a la población. Los equipos cabecera sí se van replicando en virtud de estándares máximos de inscritos por sector, no escalando el resto de la misma forma.

d. Normativa MINSAL

Los problemas principales señalados por los directores con relación a procesos de autorización sanitaria son la ausencia de mantenciones del edificio, planta física construida no está acorde a los cambios en la normativa, certificación SEC de energía y gases, mala calidad de mobiliario, servicios higiénicos en estado deficiente por mala calidad del material, espacios inadecuados para esterilización, sala de rehabilitación en segundo piso, ascensor sin capacidad para camillas, falta de bodegas para registros, insuficiente espacio en la bodega PNAC para almacenar reserva o en bodegas de farmacia, espacio insuficiente para funcionamiento de autoclaves y demora en tramitación de uso de nuevo esterilizador.

Por otra parte, respecto del proceso de evaluación para obtener la acreditación de la calidad, ninguno tiene esta acreditación y sólo dos están en proceso de obtenerla (uno de ellos ya acreditado en 2017, María Latife de Rancagua, y en proceso de reacreditación). Esta acreditación es relevante porque orienta al CESFAM a desarrollar procesos para el cumplimiento de requisitos clave para entregar un trato digno al paciente, de orientación a una gestión y entrega de servicios de calidad, promoviendo un mejor acceso y oportunidad en la entrega de servicios, y al mejoramiento de las competencias del recurso humano y seguridad del paciente.

4. Principales recomendaciones

4.1. Enfoque de evaluación

Incorporar explícitamente en la metodología sectorial de APS el enfoque de costo – efectividad para el análisis y evaluación del proyecto.

4.2. Localización, áreas de influencia y accesibilidad

- Mejorar el análisis de áreas de influencia en concordancia con el funcionamiento de la red comunal de APS en su conjunto, hacia el logro de una mejor comprensión de la problemática desde una mirada territorial. Asimismo, definir las áreas de influencia considerando la accesibilidad de los usuarios en base al menor desplazamiento posible, lo que determina los costos de tiempo y transporte.

- Propiciar el análisis de la red en su conjunto, prescindiendo de los límites comunales si se detecta que parte de la demanda proviene de otros lugares producto de la mayor cercanía, situación que podría ocurrir en zonas urbanas conurbadas o con población rural cercana. El análisis debe apuntar a la comprensión de las dinámicas de desplazamiento de la población.
- Considerar especialmente la situación de usuarios en áreas rurales que asisten a centros en zonas urbanas, como asimismo aquellos con restricciones de movilidad.
- Evaluar la implementación de sistemas de buses de acercamiento.
- Aprovechar las rondas de equipos médicos para detectar problemas.

4.3. Población y demanda

- Coordinar la disponibilidad de información entre estamentos mediante una base única accesible para los formuladores de proyectos, en particular, la información sobre inscritos validados en función de los segmentos de edad y las consultas de usuarios por programa de salud garantizando la actualización permanente.
- Mejorar la proyección de la demanda en la etapa de diseño, teniendo en cuenta el tiempo que toma la fase de preinversión, en base a una mayor certidumbre de información respecto de la demanda y los beneficiarios.
- Contar con cifras actualizadas de población de beneficiarios para ajustar las áreas de influencia del proyecto, previendo desajustes en la fase de operación.
- Fortalecer los análisis con bases de datos propias de la red, estimando tasas reales de atención per cápita, por programa, grupo de edad y perfil epidemiológico de la población, afinando los análisis de segmentos para mejorar la focalización de las prestaciones.
- Incorporar análisis complementarios como permisos de edificación y población flotante por razones laborales, además de la información demográfica tradicional.
- Consultar a la SEREMI MINVU respectiva acerca de proyectos habitacionales u otras intervenciones previstas que puedan producir cambios en la dinámica de la ciudad.
- Consultar los estudios de red existentes realizados por los respectivos Servicios de Salud, en particular los datos que se utilizan para estimar demanda.

4.4. Oferta y red de salud

- Contar con una visión acabada de las dinámicas de atención de los usuarios en la red en virtud del conjunto de establecimientos de acuerdo con su nivel de complejidad.
- Contemplar las atenciones previstas para la población, indicando prestaciones de mayor o menor complejidad que han experimentado los beneficiarios para dimensionar, de mejor manera, las necesidades de infraestructura y de gestión.
- Contar con información sobre cantidad de atenciones per cápita efectiva de la red, recursos humanos y disponibilidad de equipos para responder a las necesidades, indicando si las atenciones corresponden a los servicios obligatorios o complementarios como las UAPO.
- Contemplar la utilización de infraestructura vacante en el caso de la reposición con relocalización, considerando esto en los análisis de áreas de influencia y los impactos en la accesibilidad.
- Fortalecer la participación en mesas regionales para mejorar la dinámica de referencias y contrarreferencias, entre otros aspectos relevantes asociados a la coordinación de los prestadores de APS en la red.

4.5. Alternativas de solución y localización

- Reforzar y mejorar los análisis de alternativas en función de las características de la red (pública y privada), para identificar costos y beneficios de las alternativas seleccionadas que dan solución al problema y al cumplimiento del objetivo de salud para este tipo de proyectos.
- Capacitar a los formuladores en la utilización de un adecuado enfoque de evaluación y en la correcta identificación y análisis de las alternativas de solución y lo que se espera de estas, promoviendo la búsqueda de soluciones innovadoras en el contexto del proyecto y sus objetivos.
- Realizar el análisis de localización de los establecimientos en base a un set de alternativas para elegir la solución óptima. No debe descartarse la alternativa de localización (o cualquier otra alternativa) antes del cálculo del indicador CEA para la evaluación.
- Incluir en la evaluación de alternativas, cuando se trate de localización, un análisis de concentración de población, tiempos de viaje y costos de transporte en función de las condiciones de accesibilidad, seleccionando aquella que, integralmente, sea más eficiente.

4.6. Modelo de gestión

- Incluir explícitamente en la metodología de APS el análisis del modelo de gestión actual (organización y funcionamiento, mantención, programas existentes) de los centros en el caso de reposiciones, y la propuesta de organización y funcionamiento del proyecto futuro en todos los casos.
- En el caso de proyectos que amplíen la capacidad de atención/cobertura (nuevo establecimiento), solicitar la opinión de directores y personal de otros establecimientos existentes en la comuna si aún no ha sido determinado el personal médico y de especialistas en el futuro centro. Para el caso de las ampliaciones, incluir la opinión de direcciones y representantes de funcionarios.

4.7. Calidad de las prestaciones en salud

- Orientar la formulación de proyectos hacia la prestación de servicios de calidad, con lineamientos que permitan a los formuladores agilizar el cumplimiento de las resoluciones sanitarias requeridas en camino hacia la acreditación.
- Revisar los indicadores de gestión provenientes de distintas fuentes, de manera de estandarizar y coordinar su uso, evitando duplicarlos y aplicándolos de forma consistente en el proceso de inversión.
- Revisar la carga de indicadores de gestión considerando el tiempo que consume a los funcionarios de salud realizar las evaluaciones de gestión solicitadas por el MINSAL en desmedro de la atención a los usuarios.
- Propender, en función de la calidad del sistema a nivel global, a lograr, en el menor tiempo posible, las autorizaciones sanitarias y acreditaciones de los centros, aspecto que debe considerarse desde la formulación de la iniciativa.

4.8. Criterios técnicos en los diseños

- Incluir, en las bases técnicas de licitación de los diseños, una sección que precise criterios de calidad esenciales que deben cumplir los diseños para una óptima adecuación a las necesidades y aspiraciones de la comunidad de salud.

Flexibilidad de la infraestructura y su programa arquitectónico

- Indicar, en las plantas de arquitectura, los sectores del proyecto donde posibles ampliaciones puedan ocurrir, facilitando decisiones futuras y manteniendo la integridad del proyecto.

- Prever un aumento discreto de la resistencia del edificio en consideración de necesidades futuras de ampliación, considerando también provisiones de ensambles, juntas de dilatación y empalmes de servicios.
- Propender a la utilización de sistemas constructivos prefabricados orientados a racionalizar los costos y tiempos de construcción.
- Utilizar sistemas de paneles interiores que, mediante su desplazamiento o remoción sencilla, permitan en algunas áreas fusionar o dividir espacios.
- Seleccionar sistemas constructivos que permitan plantas libres, facilitando la organización de los espacios y eventuales cambios en su distribución.

Revisión de los PMA

- Analizar la necesidad de incluir nuevos recintos en virtud de las necesidades de confortabilidad de funcionarios y usuarios. Pensar en la inclusión de una cafetería que permita a toda la comunidad usuaria facilitar las largas esperas o hacer un paréntesis de las largas horas de trabajo, una sala de lactancia, pequeño estar de funcionarios y un espacio para terapias de recuperación.
- Analizar la situación de los recintos existentes en el programa en cuanto a superficies, cantidad, organización y requerimientos técnicos. Particularmente importante es reevaluar el Nº de oficinas y bodegas, como asimismo la superficie de salas de rehabilitación.

Mobiliario, ambientación, esperas activas

- Analizar los requerimientos de mobiliario y ambientación para la creación de ambientes confortables y accesibles, pensando en que las esperas son lugares donde los usuarios pasan mucho tiempo.
- Es relevante pensar en la satisfacción de los distintos segmentos de edad y capacidad que concurren a los centros (niños, adultos mayores y personas con necesidades especiales).
- Bajo el concepto de espera activa, debe propenderse a crear un estándar nacional que incluya criterios de calidad, confortabilidad de mobiliario, accesibilidad universal, tecnología y señalética, considerando material de lectura y audiovisual, aprovechando las esperas como espacio educativo.
- Incluir en su desarrollo criterios de calidad, sustentabilidad, accesibilidad y reemplazabilidad de componentes, seleccionando productos que aseguren la durabilidad, particularmente aquellos expuestos a gran tráfico de uso como manillas de puertas, cerraduras y grifería de artefactos sanitarios.
- Garantizar la accesibilidad universal de estos componentes y la protección antivandálica, lo que está determinado por su diseño y tipo de anclaje.

Proyecto tecnológico

- Contar con un proyecto TI desde el inicio, estandarizado y exigible en la etapa de diseño, a modo de un TDR tecnológico, que incluya todos los componentes necesarios para una adecuada puesta en operación de la infraestructura, con HW y SW, además de una Web para el centro. Debe considerar dispositivos orientados a distintos usos: trabajo administrativo y médico, trabajo de terreno, tecnificación de procesos operativos durante el viaje del usuario y educación de la comunidad en materias atinentes a la salud.
- Evaluar la situación de conectividad en sectores rurales para promover su mejoramiento, considerando este factor territorial en los proyectos respectivos, atinente para el funcionamiento de los dispositivos tecnológicos o sistemas de telemedicina, particularmente relevante en momentos de crisis sanitaria como la del actual COVID 19.

Control técnico y espacial del proyecto

- Se recomienda crear una instancia de visación del proyecto en la etapa de diseño, de manera integrada entre los Servicios de Salud y el MDSF, asegurando su adecuación a normativas específicas

de accesibilidad, seguridad, eficiencia energética y condiciones óptimas para emprender, posteriormente, los procedimientos de resolución sanitaria y acreditación.

Bases técnicas de licitación de diseños

- Instruir sobre los criterios mínimos de calidad de la infraestructura, orientados a otorgar un servicio acorde con la adecuación de los espacios arquitectónicos para el desempeño de las diversas actividades y, en consecuencia, con la satisfacción de las necesidades de sus usuarios. Debe incluir los temas atinentes a flexibilidad arquitectónica, nuevas directrices de PMA, mobiliario, ambientación y dispositivos para una espera activa, especificaciones técnicas de arquitectura con criterios de calidad, sustentabilidad, accesibilidad y reemplazabilidad, proyecto tecnológico para administración y educación.

4.9. Normativa

- Avanzar, en el proceso de elaboración de proyectos (formulación, diseño, evaluación y control), en la inclusión de normas avanzadas de acondicionamiento físico ambiental, accesibilidad universal y eficiencia energética por sobre la normativa vigente, para abordar procesos y problemáticas de carácter complejo y en base a ahorros reales en costos de mantenimiento y efectos concretos sobre el medioambiente y la satisfacción de los usuarios.
- Formalizar criterios de eficiencia energética poniéndose al día con el contexto mundial, para enfrentar la situación global de la economía y el cambio climático; incluir dispositivos de acondicionamiento térmico adecuados a la diversidad climática regional, en base a estándares mínimos y fundamentos comunes y estandarizados.

4.10. Política pública

- Profundizar el trabajo intersectorial mediante objetivos estratégicos y metas comunales, que queden establecidos en los planes de salud comunal, en base a prioridades locales y programas nacionales a los cuales la red de centros asistenciales debe contribuir.
- Continuar fomentando la participación ciudadana para lograr un nivel de incorporación más deliberativo, ampliando los mecanismos de comunicación (utilizando redes sociales, prensa, radio) y aprovechando las fortalezas de la comunidad organizada. Definir, en conjunto con la comunidad, un programa priorizado de acciones y proyectos de apoyo a la salud, incluyendo terapias complementarias, actividades deportivas y recreativas en espacios públicos, charlas educativas para la promoción y prevención, respeto a la interculturalidad y el género, entre otros.
- Mejorar el viaje del usuario asociado a esperas, procesos, solicitudes de atención y orientación, considerando los tiempos y costos de desplazamiento desde los hogares e incorporando tecnología y mayor resolutivez en aspectos clave.
- Optimizar la gestión de datos que permitan obtener información sobre cantidad de usuarios inscritos, atenciones por programa, cantidad de visitas al CESFAM, requerimientos de medicamentos y alimentación, entre otros, remitiendo de manera oportuna esta información hacia un sistema centralizado, ya sea intermediado por el propio Servicio de Salud o de manera directa a FONASA.
- Poner a disposición de las instituciones formuladoras y evaluadoras la información sobre usuarios, esencial para la adecuada elaboración de proyectos y el mejoramiento de procesos.
- Mejorar procesos de integración de fichas clínicas, evitando registros en papel particularmente en el área rural, minimizando pérdidas de información. Propender a la utilización de dispositivos móviles de registro que puedan remitir información a una base de datos directamente.

- Evaluar la dotación de equipos transversales de salud en función del tamaño de los centros, para lo cual se requiere evaluar la cantidad de atenciones que estos profesionales tienen, por especialidad y programa de salud, y las horas de atención disponibles, para poder definir cuáles son aquellos que tienen mayor demanda.
- Mejorar la formación de personal tanto experto como no experto hacia una adecuada atención al usuario, en temas de relacionamiento interno con los pares y trato hacia el usuario, incluyendo manejo de conflictos que surgen recurrentemente como producto del cansancio durante largas esperas, cansancio del personal y las propias condiciones de morbilidad.
- Dotar de mayor autonomía financiera a los establecimientos en la búsqueda de recursos financieros para el mantenimiento de la infraestructura y las adecuaciones requeridas, frente a los cambios en los programas de salud. **Establecer una glosa presupuestaria exclusiva para la mantención de los CESFAM.**
- Evaluar sistemáticamente el monto per cápita, considerando los costos de vida, cambios en los programas y normativa de salud e imprevistos frente a requerimientos de mantención y operación.
- Fortalecer el acceso a líneas de apoyo para financiamiento complementario con fines específicos, mediante fondos concursables o convenios, que permitan a los profesionales de los centros realizar de manera efectiva el trabajo de prevención y promoción, en el marco de lo establecido por el propio modelo de salud y su enfoque familiar y comunitario.
- Evaluar la centralización de bodegas de farmacia y alimentación para la red de centros, en base a una gestión con manejo de stock en base a dispensarios al interior de los CESFAM.
- Proyectar las necesidades de laboratorios para el conjunto de centros, localizando estratégicamente estas unidades.