

Conceptualización y método para visitar la gestión de la salud pública y la provisión de servicios de salud en los municipios de la Región Metropolitana

MARCOS VERGARA¹

A revision about health care management in public services and municipalities in Chile

An appropriate conceptualization process, consisting of an in-depth reflection about the role of organisms responsible for primary health care, which in Chile are the municipalities, should be carried out. Such exercise should enable the development of an analytical method aiming to understand management problems and bottlenecks in a determinate territory or region. Thus, changes to improve resource use effectiveness, with an impact in population health, could be proposed.

(Rev Med Chile 2020; 148: 1195-1201)

Key words: Concept Formation; Health Resources; Health Services; Health Status; Primary Health Care.

Este documento se desprende de un trabajo cuyo objetivo era construir una matriz analítica relacional de complejidad sistema/entorno y calidad de la gestión para municipios de la Región Metropolitana¹. El propósito era calificar municipios para proponer y realizar intervenciones, considerando distintos ámbitos de gestión.

Este documento, basado en la realización de la investigación citada, describe la conceptualización y el método analítico utilizado, por considerarlos valiosos a los efectos de comprender el buen funcionamiento del sector de la salud del nivel primario de atención que administran los Municipios.

Siendo salud el tema a estudiar, la matriz complejidad sistema/entorno versus condiciones para la calidad de la gestión, no era una sola. En realidad, existían dos matrices, en esferas de gestión diferentes, habida cuenta de sus posibilidades teóricas y prácticas de integración. Veamos qué significaba y cómo lo enfrentamos, dado el propósito del trabajo.

La primera matriz es una matriz-madre que

dice relación con un ámbito de gestión que denominaremos *sanitario*, asociado a la provisión de bienes de apropiación colectiva y potencial impacto en el estado de salud de la población. Esta matriz incluye a una segunda, que se refiere a la disponibilidad y uso de servicios de salud, que son bienes de apropiación individual.

Si bien la disponibilidad universal de servicios de apropiación individual y el acceso a los mismos podría procesarse como bien colectivo, sería válido si la organización de la provisión, sobre la base de tener población a cargo, incorporara un enfoque anticipativo para evitar o posponer la aparición de los daños². Pero sabido es que el subsistema de provisión de servicios de apropiación individual puede no ser tan importante para mantener un buen nivel de salud en la población. Un clásico es el estudio canadiense que atribuye a los esfuerzos del sistema de cuidados solo 25% del impacto sanitario³. Otros aspectos podrían ser mucho más significativos para la salud, como ha sido demostrado en la literatura mundial y en la reflexión contemporánea acerca de determinantes

¹Instituto de Salud Poblacional (Escuela de Salud Pública), Programa de Políticas y Gestión. Universidad de Chile. Santiago, Chile.

Recibido el 24 de abril de 2020, aceptado el 20 de agosto de 2020.

Correspondencia a:
Marcos Vergara
Escuela de Salud Pública.
Independencia 939,
Independencia. Santiago, Chile.
mvergara@med.uchile.cl

sociales, que escapan al dominio y posibilidades de acción del sector.

Hay algo en Chile que *colectiviza* el uso de bienes de apropiación individual en el nivel primario y sugiere una organización eficaz de la respuesta. El caso ha sido postulado como ejemplo donde el nivel de salud de la población ha sido mejor que el que correspondería al desarrollo socioeconómico por acción intencionada, organizada y focalizada del sector, tras el logro de resultados sanitarios⁴.

Es posible asimilar gasto organizado a *gasto público*, en una concepción OCDE, donde todo gasto que emerge de una obligación estatal opera como impuesto y se incorpora a las cuentas de gasto público. En el caso de las ISAPRE en Chile, la cotización obligatoria que las personas realizan hasta 7% de su remuneración con tope imponible, deducible de impuestos, sería *gasto público*.

Por lo pronto, la matriz que apunta a la provisión de bienes y servicios de apropiación individual refiere a la tarea que ha venido realizando la red municipal de servicios de salud. Obedece a su misión más clara, conocida y reconocida por la población usuaria.

En el caso de la matriz *sanitaria*, la matriz madre, se menciona la provisión de bienes de apropiación colectiva que impactarían en el estado de salud. Estos bienes, que escapan a la gestión de la dimensión *salud* del municipio, se proporcionan en el espacio municipal: educación, recolección de basura, urbanización, pavimentación de las calles, mejoras de barrios y viviendas, mejoras del entorno y medio ambiente, prevención de accidentes y violencias, reducción del consumo abusivo de alcohol, regulaciones de la actividad industrial, regulaciones del tránsito y promoción del empleo y del desarrollo económico-social.

El solo planteamiento de una matriz *sanitaria* implica una respuesta compleja. De hecho, el impacto de la gestión municipal en la salud no estaría en manos del sector salud. Sistémicamente, la matriz sanitaria comunal es una réplica del sistema sanitario nacional. No sabemos cuánta ganancia de años de vida saludables pueda atribuirse a la gestión de esta matriz pues hay medidas de salud pública de nivel nacional, campañas sanitarias, por ejemplo, que benefician universalmente a la población. En rigor, la matriz *sanitaria* podría operar bien como un eje de complejidad sistema/entorno apropiado para los efectos de la gestión

de los servicios de salud de la comuna, la que asimilamos a la provisión de bienes y servicios de salud de apropiación individual.

Complejidad sistema/entorno

Se decidió asimilar la matriz *sanitaria* en el municipio a la complejidad sistema/entorno, asumiendo que la gestión *sanitaria* es resultado de la acción global y diversificada del municipio. Visto así, tal gestión *sanitaria* es un resultado no premeditado del actuar en dimensiones que no se abordan por razones *sanitarias* y se transforma en el escenario de complejidad sistema/entorno para servicios de salud cuya gestión podremos juzgar.

La matriz de gestión *sanitaria* en el municipio no está definida y un conjunto de bienes y servicios de apropiación colectiva resultan *modelados* producto de otras perspectivas. Esto último ocurre así, salvo que el alcalde fuese un especialista en Salud Pública o que tuviera un aparato de salud a cargo de gestores con tal perspectiva. Dudando incluso de la necesidad de explicitarlo, un juicio sobre la complejidad sistema/entorno tras un desafío de orden *sanitario*, siguiendo opinión experta, conduciría a un diseño que sintetiza el quehacer municipal en dimensiones como las siguientes:

Dimensión cultural

Apunta a la exploración sobre diferenciales de educación sanitaria y quizás sobre instituciones que no siempre operan en favor de un mejor resultado *sanitario*. Por ejemplo, el “efecto Monkeberg” supone actividad sobre la desnutrición, cuando el problema *sanitario* es la obesidad.

Dimensión socioeconómica

Aquí se encuentran indicadores de pobreza o pobreza extrema, el ingreso per cápita y su distribución en la comuna. Esta dimensión se refiere a la disponibilidad de recursos.

Dimensión demográfica

Se refiere a la distribución de la población por edad y sexo y al porcentaje de mayores de 60 años, determinantes del perfil epidemiológico, de la complejidad de problemas a resolver y del tipo de intervenciones.

Dimensión eco-ambiental

Relativa a factores como disponibilidad de energías, agua, saneamiento, niveles de contaminación ambiental, seguridad, infraestructura vial y transporte. Es decir, cuestiones de entorno básicas para la vida en comunidad.

Dimensión democrática

Acuerdos comunitarios que resultan de una deliberación. Interesa saber, por ejemplo, ¿cómo se vincula la gestión municipal con las juntas de vecinos o con los padres y apoderados en las escuelas?; específicamente ¿cómo participa la comunidad en salud?

Los elementos descritos constituirían la complejidad sistema/entorno del sector salud municipal; es decir, serían factores que condicionarían el resultado en salud que es posible obtener.

Resultaría pretencioso que el impacto sanitario pudiera ser el objetivo de la red de servicios de salud del municipio. Es evidente que contribuirá, pero la prestación de servicios médicos oportunos y de calidad constituye un ámbito de gran sensibilidad para el municipio. Es decir, sus resultados inmediatos de provisión o consumo de servicios médicos tienen gran *valor público*⁵, independientemente de su impacto *sanitario*.

Calidad de la gestión de la salud en el municipio

El problema de provisión de bienes y servicios de salud que enfrenta cualquier oferente en Chile, público o privado, es el mismo. La responsabilidad por esta provisión es propiamente sectorial y remite estrictamente a mercados relacionados. En esta matriz es posible componer una visión sobre la calidad de la gestión, siguiendo la línea clásica de Donabedian para medir calidad en la provisión de servicios.

Se perfilan nítidamente los “clientes-pacientes” asociados a los resultados, luego los procesos, que implican un modelo de organización y gestión de recursos para la prestación de servicios y, finalmente, los factores de producción o recursos (trabajo, insumos, medicamentos y tecnología) o su expresión de síntesis, el financiamiento.

En el marco expuesto previamente y sobre la base del modelo de evaluación de la calidad utilizado por Ocariz⁶ y según juicio experto, la eva-

luación de la calidad de la gestión del municipio podría ordenarse sobre la base de las siguientes dimensiones:

Consumo de atención o acceso a servicios

Es decir, número de consultas por persona. La disponibilidad de una consulta médica se considera valiosa para la comunidad si bien su costo-efectividad *sanitaria* estará condicionada por la complejidad sistema/entorno.

Esta dimensión debiera juzgarse en función de tres aspectos importantes:

- i) La capacidad resolutoria del sistema de salud, medida en una relación de consultas electivas versus de urgencia. Alternativamente, tasas de derivación a las especialidades respecto del total de consultas.
- ii) Los tiempos de espera para obtener una cita o el tamaño de las listas de espera.
- iii) La calidad percibida. Es decir, ¿cómo “lo pasan” cuando se atienden?

Una consulta médica resolutoria, que se entregue oportunamente, con bajos costos de ventanilla o espera y que, además, sea percibida como de buena calidad, es muy distinta a otra donde estos elementos no se cumplan.

Los procesos internos

Importa el costo de producir cada consulta, a través de una simple división del gasto por la totalidad de consultas médicas. Es decir, ¿cuál es el esfuerzo, en pesos, que debo hacer para garantizar esos niveles de acceso? Esto no es un indicador de costo unitario, pero la consulta médica es el elemento sensible.

Dos cuestiones adicionales son relevantes en una mirada de procesos. La primera es la cobertura que el sistema esté proporcionando al control de pacientes en riesgo cardiovascular. Es decir, al producir los servicios ¿estamos dando coberturas razonables a los problemas crónicos del adulto? ¿Operamos con perspectiva anticipativa? La segunda tiene que ver con el grado en que se cumplen normas y estándares programáticos, buscando que no se esté operando subestándar en beneficio del solo consumo de atención médica. Es decir ¿operamos al mínimo riesgo para nuestros “consumidores”? ¿No hay “dumping”?

Los recursos

Además de los recursos financieros, hay que considerar elementos de entrada al sistema que representan el esfuerzo que debe hacerse para enfrentar problemas estructurales. Cabe aquí la exploración de los mercados de factores productivos, siendo principal el del trabajo: niveles salariales, rotación de personal, proporción de médicos extranjeros respecto del total.

Formarse un juicio acerca de la calidad de la gestión municipal en salud supone medir y ponderar las dimensiones descritas (Figura 1). Muchas no podrán ser recogidas de la manera más apropiada, en cuyo caso los esfuerzos estarán dirigidos a la obtención de *proxys* o variables que permitan reflejar indirectamente las dimensiones de interés.

El juicio de los expertos fue también aprovechado con el propósito de priorizar un número no superior a cinco dimensiones para cada uno de los ejes que conforman la matriz complejidad sistema/entorno y calidad de la gestión. Luego se seleccionó solo un indicador por dimensión.

Indicadores seleccionados

1. Complejidad sistema/entorno

Para las cinco dimensiones seleccionadas por juicio experto fue posible obtener al menos un indicador. La siguiente tabla ilustra acerca de las dimensiones e indicadores seleccionados para medir la complejidad/entorno (Tabla 1).

Las variables fueron sometidas a un análisis de componentes principales que permitió simplificar

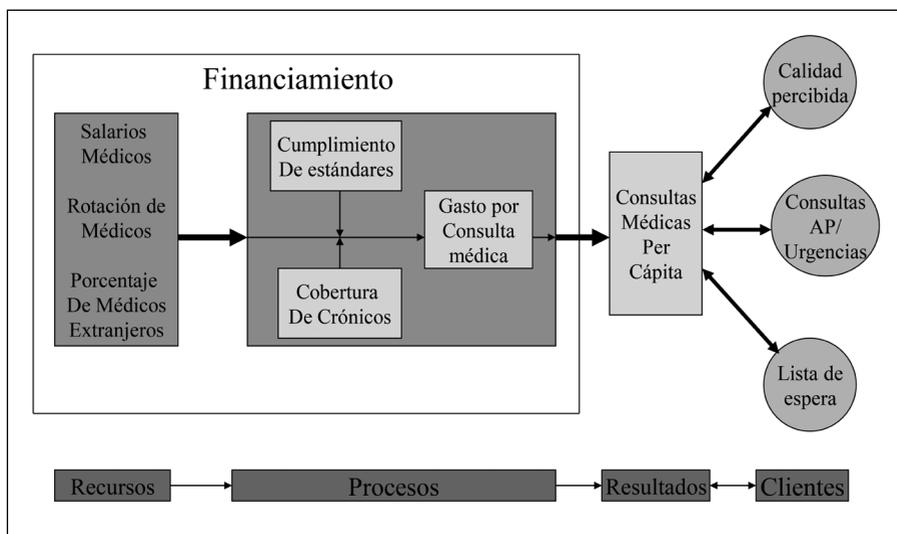


Figura 1. Modelo de Evaluación de la Calidad de la Gestión Municipal: Salud.

Tabla 1. Variables complejidad sistema/entorno

Dimensión	Indicador	Interpretación	Fuente	Año
Nivel educacional	Años de escolaridad (nº)	Mientras mayor escolaridad, menor complejidad/entorno	SINIM	2006
Nivel socioeconómico	Población bajo la línea de Pobreza (%)	Mientras mayor % población bajo línea de pobreza, mayor c/e	Otros proyectos	2005
Perfil epidemiológico	Índice Swaroop: muertes en > 50 años (%)	Mientras mayor Índice, menor complejidad entorno	MINSAL	2004
Ecosistema	Población sin agua potable (%)	Mientras mayor % población sin agua potable, mayor c/e	Otros proyectos	2006
Nivel de democracia	Tasa formal (%) de organización comunitaria	Mientras mayor tasa de OC, menor complejidad/entorno	SINIM	2006

y aclarar el modelo analítico por la vía de identificar 2 componentes con valor propio significativo:

- i) Primero, un componente socioeconómico, con tres variables: nivel de escolaridad, porcentaje de población bajo la línea de la pobreza y porcentaje de mortalidad sobre los 50 años. La complejidad sistema/entorno sería mayor a menor escolaridad, mayor proporción de población pobre y menor proporción de muertes sobre 50 años. Y,
- ii) el segundo componente hace referencia a la cuestión medioambiental (ecosistema) medida en disponibilidad de agua potable, pero que incorpora al porcentaje de población que se encuentra inscrita en organizaciones comunitarias formales, asociándose la comunidad organizada a mayor complejidad.

El análisis permitió ponderar el *peso* de cada variable a través de coeficientes de saturación. La siguiente tabla muestra los componentes y los coeficientes que los componen (Tabla 2).

2. Calidad de la gestión municipal en salud

Para la construcción de este eje se selecciona-

ron indicadores para: acceso y consumo, calidad del servicio, eficiencia, financiamiento y disponibilidad de médicos. Fue necesario prescindir de dimensiones que contribuirían a obtener una sintonía más fina del juicio acerca de la gestión municipal en salud, porque no existía información que permitiera conocer calidad percibida, tiempos de espera y capacidad resolutoria del sistema y tampoco cumplimiento de normas y estándares. La siguiente tabla ilustra las dimensiones e indicadores seleccionados para medir la calidad de la gestión (Tabla 3).

Las variables fueron sometidas a un análisis de componentes principales que permitió simplificar y aclarar el modelo analítico por la vía de identificar 3 componentes con valor propio significativo y mejorar de esta forma la interpretación de los resultados:

- i) el primero, conformado por las variables calidad del servicio y financiamiento, reforzado por un coeficiente de saturación alto pero negativo para la variable denominada eficiencia, que refuerza el vínculo directo entre la calidad de gestión de la salud y la disponibilidad de recursos.

Tabla 2. Componentes principales complejidad sistema/entorno

Dimensión	Indicador	Componente 1	Componente 2
Nivel educacional	Años de escolaridad (n°)	0,4953	0,3546
Nivel socioeconómico	Población bajo la línea de pobreza (%)	0,6212	0,0302
Perfil epidemiológico	Índice Swaroop: muertes en > 50 años (%)	0,5968	-0,2584
Ecosistema	Población sin agua potable (%)	-0,1039	0,6421
Nivel de democracia	Tasa formal (%) de organización comunitaria	-0,0422	-0,6279

Tabla 3. Variables calidad de la gestión municipal

Dimensión	Indicador	Interpretación	Fuente	Año
Acceso y consumo	Tasa consultas médicas por 1.000 Inscritos (n°)	Mientras mayor, más acceso y mejor gestión del municipio	SINIM	2005
Calidad del servicio	Juicio de problema del gestor y/o Alcalde (1 a 4)	Mientras más alto el indicador peor gestión del municipio	Expansiva (Entrevista)	2007
Eficiencia	Total gasto devengado/n° consultas médicas (\$)	Mientras más bajo el gasto por consulta entregada, mejor	SINIM	2005
Financiamiento	Gasto devengado por cada inscrito (\$)	Mientras más recursos financieros disponibles, mejor	SINIM	2005
Oferta médica	Rotación (según gestor: baja, media, alta)	Mientras más rotación, peor gestión del municipio	Expansiva (Entrevista)	2007

Tabla 4. Componentes principales calidad de la gestión municipal

Dimensión	Indicador	Componente 1	Componente 2	Componente 3
Acceso y consumo	Tasa Consultas Médicas por 1.000 Inscritos (n°)	-0,0083	0,8568	-0,0248
Calidad del servicio	Juicio de problema del gestor y/o Alcalde (1 a 4)	0,3771	0,2789	0,1488
Eficiencia	Total gasto devengado/ n° consultas médicas (\$)	-0,6487	0,3743	0,0131
Financiamiento	Gasto devengado por cada inscrito (\$)	0,6608	0,2187	-0,0534
Oferta médica	Rotación (según gestor: baja, media, alta)	-0,0126	-0,0137	0,9870

- ii) el segundo componente, compuesto por una sola variable, relativo a consumo sanitario o acceso a servicios, medido en la tasa de consultas médicas. Y,
- iii) un tercer componente compuesto también por una sola variable, relativa a la oferta médica, medida a través de la rotación.

Como se dijo antes, el análisis permitió ponderar el *peso* de cada variable a través de coeficientes de saturación. La Tabla 4 muestra los componentes y coeficientes que los componen para cada variable.

Resultados

La metodología permitió la obtención de un índice para los dos ejes analíticos⁷, a partir de componentes principales. El estudio publicado⁸ dio cuenta de la matriz que fue construida y clasificó a los municipios de la Región Metropolitana. En la publicación se acompañaron, además, los mapas correspondientes a las comunas según complejidad/entorno y calidad de la gestión de la salud. El lector ha de remitirse a los documentos citados en este texto si está interesado en conocer los resultados.

Aprendizajes

El propósito de este documento ha sido mostrar cómo tras una buena conceptualización, se desarrolló un método analítico para la comprensión del quehacer sectorial en el territorio. La conceptualización realizada y el método per-

mitieron clasificar a los municipios de la Región Metropolitana según la complejidad sistema/entorno que enfrentan para la gestión de salud y la calidad de la misma.

Los indicadores seleccionados bajo juicio experto, procesados a través de un análisis de componentes principales, configuraron una matriz que cruzó variables socio-económicas y ambientales, por un lado, con variables de disponibilidad y gestión de recursos para salud, por otro.

La conceptualización realizada permitió desplegar el análisis aun cuando los indicadores fueron proxys de los que habrían representado mejor cada dimensión. Si bien indicadores más ajustados modificarían los resultados, como podría ocurrir a partir de una definición de fenómenos hecha bajo un método diferente, lo logrado permite orientar políticas públicas en la materia y el uso de recursos.

No siempre fue posible encontrar información desagregada a nivel comunal. En el caso de la calidad de la gestión, dimensiones como calidad percibida, oportunidad de atención y capacidad resolutoria, habrían permitido completar mejor el modelo teórico definido. Una mejor evaluación del gasto y consumo de atención médica habría sido posible a partir de establecer coberturas de control de patología crónica y estándares de calidad juzgados a través del cumplimiento de normativas trazadoras.

En cuanto a la complejidad sistema/entorno, elementos como diferenciales de educación sanitaria no disponibles han sido importantes en el *curso sanitario* de Chile y podrían ser levantados a través de encuestas, así como otros como la dimensión eco-ambiental, podrían modelarse

mejor para desplegar variedad de componentes. Lo mismo ocurre para la variable democracia, por la importancia que la deliberación local en temas de salud tiene para la población.

También es necesario reflexionar acerca de la calidad de gestión de la salud más allá de la disponibilidad de recursos, incluyendo aspectos como asignación y uso eficiente, los que al ajustarse podrían redundar en mejoras. Es clave disponer de información apropiada para juzgar la calidad de la administración y retroalimentarla, información que hoy no está a disposición y que debería ser de dominio público en un plazo razonable de tiempo.

No se apreció una línea de correlación entre calidad de la gestión y complejidad sistema/entorno, lo que remite a la necesidad de explorar el modelo de atención de la red de servicios de salud en que los municipios están insertos, pues podría explicar la independencia entre los ejes. Si bien el modelo de atención de la red asistencial puede considerarse implícito o traducido en la matriz de calidad, incluirle como un juicio explícito acerca del grado en que el modelo se anticipa a la aparición de los daños permitiría introducir riqueza analítica a la conceptualización que se ha realizado. Quedaría pendiente definir dónde algo como esto ha de ser situado, si acaso en la matriz de complejidad sistema entorno o como un determinante más proximal de la calidad de la gestión.

Por su parte, un componente que no fue considerado para la matriz de calidad es el grado en que competencias específicas del personal y entrenamiento en el modelo de salud familiar se encuentran presentes en cada realidad. Esta consideración podría hacer diferencias también en lo outputs que se observan, en la medida que enriquece la sola perspectiva de disponibilidad de recursos en general.

Las variables de la complejidad sistema/entorno para la salud son materia de interés para la gestión del municipio, trabajables desde una *perspectiva sanitaria*, cuyo sitio de instalación

natural –una suerte de rectoría local o centro de abogacía– podría ser la unidad de planificación comunal (SECPLAC). Las iniciativas de promoción sanitaria son relevantes y para el marco de acción del municipio, en consecuencia, podría ampliarse.

La ampliación del marco de acción no sería trivial, pues implicaría transformar un enfoque predominantemente asistencial en que se han desenvuelto. Supondría priorizar localmente y tensionar el funcionamiento tradicional de la red. Tal vez se empezaría a cerrar una brecha pendiente entre dos ámbitos que hemos distinguido en este documento.

Referencias

1. Expansiva, Observatorio de Ciudades (PUC) y Escuela de Trabajo Social (PUC): Identificando Municipios Prioritarios. Construcción del índice complejidad-calidad de la gestión municipal en la Región Metropolitana.
2. Vergara M, Lizama L, Moncada P. Competencias Esenciales para la Gestión en Red. Rev Med Chile 2012; 140: 1606-12.
3. Estimated Impact of the Determinants of Health on Health Status of the Population. Canadian Institute for Advanced Research, Health Canada, Population and Public Health Branch AB/NWT 2002.
4. Medina ER, Kaempffer AM. La salud en Chile durante la década del setenta II. Un intento de interpretación. Rev Med Chile 1982.
5. Moore, Mark H. Creating Public Value. Strategic Management and Government. Harvard University Pr. 1997.
6. María José Ocariz. Chilecalidad. mocariz@chilecalidad.cl
7. Expansiva, Observatorio de Ciudades (PUC) y Escuela de Trabajo Social (PUC): Estudio sobre identificación de municipios prioritarios 2007. Documento de Trabajo “Fuentes de datos y cálculo de índices”.
8. Expansiva, Observatorio de Ciudades (PUC) y Escuela de Trabajo Social (PUC): La Reforma Municipal en la Mira. Octubre de 2007.