



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
ESCUELA DE INGENIERIA

HACIA UNA MEJOR ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ASPECTOS CRÍTICOS DE UNA BUENA GESTIÓN

CRISTIÁN ANÍBAL MANSILLA AGUILERA

Tesis para optar al grado de
Magíster en Ciencias de la Ingeniería

Profesor Supervisor:
NICOLÁS MAJLUF SAPAG

Santiago de Chile, Mayo, 2013.

© 2013, Cristián Aníbal Mansilla Aguilera.



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE
ESCUELA DE INGENIERIA

HACIA UNA MEJOR ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ASPECTOS CRÍTICOS DE UNA BUENA GESTIÓN

CRISTIÁN ANÍBAL MANSILLA AGUILERA

Tesis presentada a la Comisión integrada por los profesores:

NICOLÁS MAJLUF SAPAG

SERGIO MATURANA VALDERRAMA

JOAQUÍN MONTERO LABBÉ

JOSÉ FRANCISCO MUÑOZ PARDO

Para completar las exigencias del grado de
Magíster en Ciencias de la Ingeniería
Santiago de Chile, Mayo, 2013

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría agradecerle a mi esposa Daniela, por todo el apoyo y colaboración que me ha brindado, no sólo en esta tesis, sino que en toda mi vida. A mis padres, por la formación que recibí de ellos y su constante apoyo en cada decisión que he tomado.

A mis hermanos, Nico y Cata, y a todos mis amigos, por el incesante acompañamiento en toda mi formación como profesional.

A mi profesor supervisor, por toda la enseñanza que me otorgó a la largo de toda esta investigación y al Doctor Montero, por su gran apoyo en cada proyecto que he emprendido en el área de la salud.

Por último, muchas gracias a todas las personas que han pasado por mi vida y que, sin duda, han contribuido a la formación del profesional que hoy soy.

INDICE GENERAL

	Pág.
AGRADECIMIENTOS.....	iv
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	xv
INDICE DE GRÁFICOS	xvi
RESUMEN	xviii
ABSTRACT	xx
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS (EC)	2
1.2 MODELO DE SALUD FAMILIAR	4
1.3 OBJETIVO GENERAL.....	6
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	6
2. MARCO TEÓRICO	7
2.1 MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD.....	8
2.2 POBLACIÓN	14
2.3 CONTEXTO	16
2.4 RESULTADOS: HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS BAJO CONTROL EFECTIVO Y AVPP	18
3. METODOLOGÍA.....	21
3.1 MODELO EMPÍRICO	21
3.2 DISEÑO DEL INSTRUMENTO	22
3.2.1 Diseño.....	23
3.2.2 Validación de Contenido.....	24
3.3 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO	24
3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LAS VARIABLES DEPENDIENTES	25
3.4.1 Metodología para corrección de sesgos de la medición de HTA en los REM.....	28
3.5 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE RESULTADOS	29
3.5.1 Análisis de los sesgos.....	30
3.5.2 Primera etapa: Análisis Descriptivo.....	30
3.5.3 Segunda etapa: Construcción de variables independientes	31
3.5.4 Tercera etapa: Análisis de regresión	32

4. RESULTADOS	33
4.1 ANÁLISIS DE SESGOS	33
4.1.1 Administración de la APS	33
4.1.2 Mecanismo de Financiamiento.....	34
4.1.3 Tamaño de Población	34
4.1.4 Nivel de Pobreza	35
4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO	35
4.2.1 Equipos de Salud.....	35
4.2.2 Enfoque Familiar.....	45
4.2.3 Calidad del Proceso.....	57
4.2.4 Coordinación con la Red	66
4.2.5 Sistemas de Información	73
4.2.6 Prácticas de Gestión	80
4.2.7 Efectividad	88
4.2.8 Liderazgo.....	94
4.2.9 Contexto	101
4.2.10 Consideraciones Adicionales	104
4.3 CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTES	105
4.3.1 Primer Grupo - Análisis con dimensiones y subdimensiones del Modelo Empírico	106
4.3.2 Segundo Grupo – Análisis con selección de variables.....	108
4.4 ANÁLISIS DE REGRESIÓN	128
4.4.1 Primer Grupo. Análisis con dimensiones y subdimensiones del modelo empírico	128
4.4.2 Segundo grupo. Análisis con selección de variables	131
5. CONCLUSIONES.....	134
5.1 HALLAZGOS	134
5.2 PROPUESTAS Y PROYECCIONES	141
6. BIBLIOGRAFÍA	143
7. ANEXOS	150
ANEXO 1: EL SISTEMA DE SALUD CHILENO	151
ANEXO 2. ENCUESTA “HACIA UNA APS CADA VEZ MEJOR”	155
ANEXO 3. CONJUNTO DE PREGUNTAS INICIALES RECOPIADAS EN EL DISEÑO DE LA ENCUESTA	164

ANEXO 4. INFORMACIÓN SOBRE COLABORADORES	169
ANEXO 5. VERSIÓN DE LA ENCUESTA DESPUÉS DE LA ETAPA DE DISEÑO	170
ANEXO 6. CORREO ELECTRÓNICO ENVIADO A LOS DIRECTORES DE SALUD CON LA ENCUESTA.....	176
ANEXO 7. DOCUMENTO ADJUNTO A LA ENCUESTA REALIZADA	178
ANEXO 8. CARTAS DE APOYO A APLICACIÓN DE ENCUESTA	180
ANEXO 9. PROTOCOLOS CALL CENTER ENCUESTA	182
ANEXO 10. RESPUESTAS COMUNA BULNES	185
ANEXO 11. GLOSARIO DE SIGLAS ENCONTRADAS AL INTERIOR DEL DOCUMENTO	186

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. <i>Componente clínico-sanitaria del modelo de atención de salud, representando las referencias que posee cada una de las variables señaladas.</i>	10
Tabla 2. <i>Componente de gestión del modelo de atención de salud, representando las referencias que posee cada una de las variables señaladas.</i>	12
Tabla 3. <i>Dimensión población del modelo conceptual, representando las referencias que posee cada una de las variables señaladas.</i>	15
Tabla 4. <i>Dimensión contexto del modelo conceptual, representando las referencias que posee cada una de las variables señaladas</i>	17
Tabla 5. <i>Frecuencia absoluta y relativa de las respuestas recibidas por parte de los directores de salud de las 345 comunas del país</i>	33
Tabla 6. <i>Frecuencia absoluta y relativa de las respuestas recibidas de la dimensión equipos de salud por parte de los directores de salud de las 345 comunas del país (n=166)</i>	36
Tabla 7. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión ES. Se encuentran 4 componentes significativas.</i>	38
Tabla 8. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión ES.</i>	40
Tabla 9. <i>Correlación de cada variable de la dimensión ES con su variable resumen y su significancia.</i>	42
Tabla 10. <i>Resultados de la regresión realizada con la variable resumen ES como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.</i>	44
Tabla 11. <i>Frecuencia absoluta y relativa de las respuestas recibidas de la dimensión enfoque familiar por parte de los directores de salud de las 345 comunas del país (n=162)</i>	46

Tabla 12. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión EF. Se encuentran 5 componentes significativas.</i>	50
Tabla 13. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión EF.</i>	51
Tabla 14. <i>Correlación de cada variable de la dimensión EF con su variable resumen y su significancia.</i>	54
Tabla 15. <i>Resultados de la regresión realizada con la variable resumen EF como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.</i>	55
Tabla 16. <i>Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión calidad del proceso (CP) (n=153).</i>	57
Tabla 17. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión CP. Se encuentran 3 componentes significativas.</i>	62
Tabla 18. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión CP.</i>	62
Tabla 19. <i>Correlación de cada variable de la dimensión CP con la variable resumen y su significancia</i>	64
Tabla 20. <i>Resultados de la regresión realizada con la variable resumen CP como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.</i>	65
Tabla 21. <i>Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión coordinación con la red (CR) (n=150).</i>	67
Tabla 22. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión CR. Se encuentran 2 componentes significativas.</i>	70
Tabla 23. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión CR.</i>	70

Tabla 24. <i>Correlación de cada variable de la dimensión CR con su variable resumen y su significancia.</i>	71
Tabla 25. <i>Resultados de la regresión realizada con la variable resumen CR como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.</i>	72
Tabla 26. <i>Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión sistemas de información (SI), n=148.</i>	74
Tabla 27. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión SI. Se encuentran 2 componentes significativas.</i> .	77
Tabla 28. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión SI.</i>	77
Tabla 29. <i>Correlación de cada variable de la dimensión SI con su variable resumen y su significancia.</i>	78
Tabla 30. <i>Resultados de la regresión realizada con la variable resumen SI como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.</i>	80
Tabla 31. <i>Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión prácticas de gestión (PG) (n=145).</i>	80
Tabla 32. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión PG. Se encuentran 2 componentes significativas.</i>	84
Tabla 33. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión PG.</i>	84
Tabla 34. <i>Correlación de cada variable de la dimensión PG con su variable resumen y su significancia.</i>	85
Tabla 35. <i>Resultados de la regresión realizada con la variable resumen PG como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.</i>	87

Tabla 36. <i>Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión efectividad (n=143).</i>	88
Tabla 37. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión efectividad. Se encuentran 2 componentes significativas.</i>	91
Tabla 38. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión efectividad.</i>	91
Tabla 39. <i>Correlación de cada variable de la dimensión efectividad con la variable resumen y su significancia.</i>	93
Tabla 40. <i>Resultados de la regresión realizada con la variable resumen E como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.</i>	94
Tabla 41. <i>Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas y no afirmativas para cada pregunta de la dimensión liderazgo (n=135).</i>	96
Tabla 42. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión liderazgo. Se encuentran 3 componentes significativas</i>	99
Tabla 43. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión liderazgo.</i>	100
Tabla 44. <i>Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión contexto (n=142).</i>	102
Tabla 45. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión contexto. Se encuentran 2 componentes significativas.</i>	103

Tabla 46. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión contexto.</i>	103
Tabla 47. <i>Definición de las variables independientes del primer grupo, en base a las dimensiones y subdimensiones del modelo empírico.</i>	107
Tabla 48. <i>Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión ES.</i>	109
Tabla 49. <i>Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión EF.</i>	110
Tabla 50. <i>Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión CP.</i>	111
Tabla 51. <i>Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión CR.</i>	112
Tabla 52. <i>Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión SI.</i>	113
Tabla 53. <i>Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión PG.</i>	114
Tabla 54. <i>Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión efectividad.</i>	115
Tabla 55. <i>Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión liderazgo.</i>	116
Tabla 56. <i>Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes al contexto.</i>	117
Tabla 57. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión ES.</i>	118

Tabla 58. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión ES en este nivel.</i>	118
Tabla 59. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión EF.</i>	119
Tabla 60. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión EF en este nivel.</i>	120
Tabla 61. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión CP.</i>	122
Tabla 62. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión CP en este nivel.</i>	122
Tabla 63. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión SI.</i>	124
Tabla 64. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión SI en este nivel.</i>	124
Tabla 65. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión liderazgo.</i>	126
Tabla 66. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión liderazgo en este nivel.</i>	126
Tabla 67. <i>Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión contexto.</i>	127
Tabla 68. <i>Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión contexto en este nivel.</i>	127
Tabla 69. <i>Tabla anova de la regresión del primer grupo de variables independientes y de los AVPP como variable dependiente.</i>	129

Tabla 70. <i>Significancia de los coeficientes de regresión al utilizar el primer grupo de variables independientes y los AVPP como variable dependiente.</i>	130
Tabla 71. <i>Tabla anova de la regresión del segundo grupo de variables independientes y el sesgo comunal de control efectivo de HTA como variable dependiente.</i>	131
Tabla 72. <i>Significancia de los coeficientes de regresión al utilizar el segundo grupo de variables independientes y el sesgo comunal de control efectivo de HTA como variable dependiente.</i>	132
Tabla 73. <i>Tabla anova de la regresión del segundo grupo de variables independientes y los AVPP como variable dependiente.</i>	132
Tabla 74. <i>Significancia de los coeficientes de regresión al utilizar el segundo grupo de variables independientes y los AVPP como variable dependiente.</i>	133

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
<i>Figura 1.</i> Esquema del modelo conceptual definido en esta investigación. Para su construcción se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de identificar variables clínico-sanitarias, de gestión y condicionantes de la calidad de la APS.....	7
<i>Figura 2.</i> Variables contenidas en el modelo de atención de salud. Este modelo está compuesto por dos agrupaciones: la componente clínico-sanitaria y la componente de gestión. A su vez, cada una de estas componentes se subdivide en tres y cuatro dimensiones, respectivamente.	9
<i>Figura 3.</i> Obtención del indicador de control efectivo de enfermedades crónicas (EC). Este es el número de pacientes controlados divididos por el total de pacientes con esta condición.	19
<i>Figura 4.</i> Variables resultantes del contexto, producto de la reducción realizada por la disponibilidad de información confiable.	21
<i>Figura 5.</i> Modelo empírico que se utiliza en la investigación. Se eliminan las variables de la dimensión población y se restringe el contexto, producto de la falta de información confiable.	22
<i>Figura 6.</i> Comparación de control efectivo de hipertensión arterial (HTA) para los datos obtenidos por la encuesta nacional de salud (ENS) versus los registros estadísticos mensuales (rem). Se observa una correlación positiva de 0.44 entre ambos conjuntos de datos.	27
<i>Figura 7.</i> Comparación de control efectivo de diabetes mellitus (DM) para los datos obtenidos por la ens versus los rem. Se observa una correlación negativa de -0.411 entre ambos conjuntos de datos.	28

INDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
<i>Gráfico 1.</i> Resultados de la pregunta es correspondiente a la variable resumen de la dimensión equipos de salud. Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas.	38
<i>Gráfico 2.</i> Resultados de la pregunta ef correspondiente a la variable resumen de la dimensión enfoque familiar. Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas.	49
<i>Gráfico 3.</i> Distribución de las respuestas de la pregunta CP7, en conjunto a su promedio, desviación estándar y número de respuestas analizadas.....	60
<i>Gráfico 4.</i> Distribución de las respuestas de la pregunta CP8, en conjunto a su promedio, desviación estándar y número de respuestas analizadas.....	60
<i>Gráfico 5.</i> Resultados de la pregunta CP correspondiente a la variable resumen de la dimensión calidad del proceso (CP). Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas.	61
<i>Gráfico 6.</i> Resultados de la pregunta CR correspondiente a la variable resumen de la dimensión coordinación con la red (CR). Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas	69
<i>Gráfico 7.</i> Resultados de la pregunta SI correspondiente a la variable resumen de la dimensión sistemas de información (SI). Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas	76
<i>Gráfico 8.</i> Resultados de la pregunta PG correspondiente a la variable resumen de la dimensión prácticas de gestión. Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas	83

Gráfico 9. Resultados de la pregunta E correspondiente a la variable resumen de la dimensión efectividad. Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas 90

Gráfico 10. Priorización de uso de los CS entre los encuestados. Corresponde al análisis realizado de la pregunta EF16. 105

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) es beneficiosa para la población al mejorar la equidad socioeconómica, reducir costos y evitar hospitalizaciones innecesarias en todo el mundo. Esta investigación supone que, pese al evidente progreso de la APS en Chile, persisten problemas que muestran insatisfacción en la población atendida por los Centros de Salud primarios del país.

Se pretende estudiar el impacto que las variables clínico-sanitarias y de gestión tienen sobre la calidad de la APS, medida como el control efectivo de enfermedades crónicas y como los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP).

Para esto, se propone un modelo conceptual para relacionar estas variables con la calidad de la APS. Posteriormente, se construyó un instrumento de medición consistente en una encuesta para recoger información de las variables pertenecientes a este modelo. Luego, ésta se aplicó a todas las comunas del país, obteniendo una tasa de respuesta de 50.4%. Por último, los resultados se analizaron de dos formas: (1) descriptivamente, para obtener la imagen que las comunas poseen sobre aspectos críticos de la APS, y (2) análisis de regresión, para conocer qué variables son relevantes para explicar una mejor atención.

Los resultados obtenidos se estructuran en tres partes:

- (1) La información entregada en los Registros Estadísticos Mensuales (REM) no es válida para ser utilizada con fines académicos.
- (2) Una exhaustiva visión nacional de los Directores Comunes de Salud sobre la APS.
- (3) Las variables que impactan positivamente sobre la calidad de la atención son: la gestión de la red de servicios, la capacitación entregada a los equipos de salud, el apoyo que la APS reciba desde el municipio, el nivel de protocolización de las atenciones y el nivel de autoritarismo que un Director de Centro de Salud posea con su equipo.

Palabras Claves: Atención Primaria de Salud, Gestión, Enfermedades Crónicas.

ABSTRACT

The Primary Health Care (PHC) is profitable for the population, because it improves the socioeconomic equity, reduce costs and avoid unnecessary hospitalizations in the whole world. This research supposes that, despite the evident progress of the PHC in Chile, it persist problems that show dissatisfaction on the attended population at the Primary Health Centers of the country.

It pretends to study the impact that the health-clinic, and the management variables have on the PHC quality, measured as the effective control of chronic disease and the Years of Potential Life Lost (YPLL).

To this, it proposes a conceptual model to link those variables with the PHC quality. After, it was built a measure instrument which consist in a questionnaire to collect data about the variables belong to this model. Then, this questionnaire was applied to all communes of the country, obtaining an answer rate of 50.4%. Last, the results was analyzed by two ways: (1) descriptively, to obtain the vision that the communes have about some critics aspects of the PHC, and (2) regression analysis to know which variables are relevant to explain a better attention.

The results obtained are structured in three parts:

- (1) The information provided by the Monthly Statistics Records is not valid to be used in academics purposes.
- (2) An exhaustive national vision of the Communal Health Directors about the PHC.
- (3) The variables that positively impact on the quality of the attention are: the management of the network of services, the training provided to the health teams, the support that the PHC receive from the municipality, the “protocolization” level of the attentions and the authoritarianism level of the Health Center Director has with his team.

Keywords: Primary Health Care, Management, Chronic Diseases

1. INTRODUCCIÓN

El sistema de salud chileno, al igual que el resto del mundo, se encuentra organizado en 3 niveles: primario, secundario y terciario (Anexo 1). Esta investigación se refiere al nivel primario de salud.

Numerosos estudios muestran que la Atención Primaria de Salud (APS) es beneficiosa por dos razones principales: (1) mejora la equidad geográfica y socioeconómica en todos los países (Starfield, 1994; Radley & Schoen, 2012) y (2) la inversión en APS es económicamente eficiente, porque disminuye los costos y evita hospitalizaciones innecesarias obteniendo mejores resultados sanitarios (Starfield, 2012; Macinko, Dourado, & Guanais, 2011)

La presente investigación parte de la base que, si bien ha habido mucho progreso en la APS en Chile, persisten problemas difíciles de resolver que se evidencian entre otras cosas por una cierta insatisfacción de la población con los servicios de salud que reciben en los consultorios del país (Acosta et al., 2011; Ministerio de Salud, 2006; Ministerio de Salud, 2011) y en ciertos indicadores de desempeño que pueden mejorarse, tales como Cobertura de exámenes de medicina preventiva (EMP), Prevalencia de multimorbilidad, Calidad de vida y Satisfacción usuaria (Organización Mundial de la Salud, 2008; Ministerio de Salud, 2011; Althausen, Villouta & Püschel, 2009; Bitrán, Escobar, & Gassibe, 2010).

Como en todo problema complejo, resolver las carencias en la APS, requiere prestar atención simultáneamente a muchas variables. Por cierto, son fundamentales los temas clínicos, pero en este trabajo, se le da un énfasis igualmente relevante a los temas de gestión, los cuales son determinantes en el impacto sanitario de las Enfermedades Crónicas (EC) sobre la población a cargo de un Centro de Salud (CS) (Montero et al., 2011; Organización Mundial de la Salud, 2008).

La medición del desempeño de la APS puede hacerse con numerosos indicadores. Sin embargo, en esta investigación se restringe la definición de lo que se considera una buena

APS al impacto que ésta tiene sobre el control efectivo de EC (el cual representa la cantidad de pacientes con una patología crónica que mantienen controlada esta condición). Las razones para esta definición son:

- (1) La Hipertensión Arterial (HTA) y la Diabetes Mellitus (DM) generan una gran carga de enfermedad sobre la población, por lo que explican parte importante del trabajo que un CS primario realiza. (Montero et al., 2011; Organización Mundial de la Salud, 2008; Macinko, Dourado, & Guanaís, 2011).
- (2) El creciente aumento de recursos públicos destinados al control de EC en la APS. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) calcula que un 60% de las muertes a nivel mundial son causadas por este tipo de enfermedades (Pan American Health Organization, 2007). Más aún, un estudio que toma como referencia un grupo de 23 países, señala que en los próximos 10 años, el costo del control de EC será de 8 billones de dólares. Además, el estudio señala que alrededor de un 60% de las 58 millones de muertes en 2005 fueron causadas por EC, con un 32% de ellas correspondientes a enfermedades cardiovasculares y Diabetes (Abegunde, Mathers, Adam, Ortegon, & Strong, 2007).
- (3) Pese al esfuerzo que se ha hecho por mejorar el control de EC en el país (implementación de una reforma de salud que enfatiza el control de la HTA y la DM), éste indicador no muestra una mejoría efectiva (la prevalencia de HTA pasó desde un 32.3% en 2003 a un 29.2% en 2010, mientras que la prevalencia de DM pasó desde un 6% a un 10%, en el mismo período de tiempo (Margozzini, 2011)).
- (4) El control efectivo de las EC es un buen indicador de gestión, puesto que integra información relevante al acceso y calidad de los servicios de salud, y su información está disponible a nivel comunal (Martínez et al., 2011).

1.1 ENFERMEDADES CRÓNICAS (EC)

Las EC son una constante preocupación para las autoridades del mundo entero, fundamentalmente por dos razones: (1) A nivel mundial, las EC generan la mayor cantidad de muertes en la actualidad (sólo en LAC, la OPS señala que éstas generan el 68% de las muertes y el 60% de los años de vida ajustados por discapacidad, mientras que las

enfermedades infecciosas son responsables de tan solo el 10% de las muertes (Pan American Health Organization, 2007)). (2) Se proyecta que las EC se convertirán en una epidemia mundial. Algunas investigaciones muestran que, en 23 países seleccionados¹, en 2015 habrá 27 millones de personas que mueran producto de alguna EC, mientras que en 2030, serán 34 millones, de las cuales más del 50% serán en la población menor a 70 años. (Abegunde, Mathers, Adam, Ortegon, & Strong, 2007).

Existen varias EC que afectan a la población mundial. Sin embargo, en esta investigación se dará un énfasis especial a la Hipertensión y Diabetes, por las razones que se presentan a continuación.

La HTA es una enfermedad multi-causal que representa un factor de riesgo² importante para la población. Esta enfermedad cobra relevancia para la Salud Pública por las siguientes razones:

- (1) Alrededor de un 30% de la población chilena es hipertensa, según la Encuesta Nacional de Salud (ENS) 2009-2010 (Ministerio de Salud, 2010)
- (2) La HTA representa el riesgo en salud que explica una gran carga de Años de Vida perdidos por muerte prematura (AVPM) en Chile (Ministerio de Salud, 2007).
- (3) Su cobertura efectiva de tratamiento en Chile (pese a poseer un tratamiento efectivo y que reduce los riesgos de la enfermedad) es inferior a la de países desarrollados y muestra inequidades por sexo, edad, nivel educacional³ y zona geográfica. (Bitrán, Escobar, & Gassibe, 2010)

Por último, la DM es importante para el país por las siguientes razones:

¹ México, Turquía, Brasil, Egipto, Irán, Colombia, Bangladesh, Polonia, Filipinas, Indonesia, Ucrania, China, Rusia, India, Argentina, Tailandia, Vietnam, Pakistán, Burma, Etiopía, Nigeria, Congo y Sudáfrica.

² La HTA trae serias consecuencias en términos de morbilidad, discapacidad y mortalidad. Además, es una de las causas que está íntimamente correlacionada con la presencia de accidentes cardiovasculares (Thom, 1999).

³ En la población de nivel educacional bajo, 1 de cada 2 chilenos son hipertensos, mientras que para el nivel educacional alto, tan solo el 16%

- (1) La prevalencia de DM a nivel nacional es de 9.4%, según la ENS 2009-2010 (Ministerio de Salud, 2010).
- (2) Al igual que la HTA, la presencia de la DM está altamente asociada con el nivel educacional⁴ y la edad de la persona (Macinko, Dourado, & Guanais, 2011).
- (3) Esta enfermedad conlleva una gran carga económica para la Salud Pública de los países en todo LAC. El costo anual de esta enfermedad se eleva a más de 60.000 millones de dólares y representa un gasto de más de 300 millones de dólares anuales para Latinoamérica y el Caribe (LAC) en hospitalizaciones directas (Barceló, Aedo, Rajpathak, & Robles, 2003).

1.2 MODELO DE SALUD FAMILIAR

El Modelo de Atención ampliamente aceptado para la APS es el Modelo de Salud Familiar, el cual define una forma de atención centrada en la persona con enfoque familiar y comunitario.

La composición de este Modelo está formada principalmente por seis conceptos, los cuales representan ciertos lineamientos para entregar una APS con enfoque familiar:

- (1) Continuidad del cuidado: Se refiere a que un mismo equipo de salud atiende a una población, constituyéndose como un equipo “de cabecera” que se hace responsable de un sector donde vive su población a cargo.
- (2) Enfoque bio-psicosocial: Supone una mirada integral a la comunidad y a la familia del paciente. Es decir, la atención se lleva a cabo considerando el impacto sobre la familia y la comunidad en la cual está inserta la persona.
- (3) Prevención y promoción: Junto con atender la morbilidad emergente y dar solución a su nivel, el Modelo de Salud Familiar enfatiza la prevención y la promoción de la salud.

⁴ El 20% de las personas con un nivel educacional bajo y un 6% con nivel educacional alto

- (4) Equipos interdisciplinarios: Los Equipos de “cabecera” que atienden a la población están compuestos por diversos profesionales del ámbito clínico-sanitario y psicosocial.
- (5) Orientación hacia la educación: Se refiere a educar al paciente tanto en los cuidados y atenciones aptos para cada enfermedad, así como también en la promoción y prevención de la salud.
- (6) Accesibilidad: Se refiere a las facilidades para que la atención de salud se pueda dar en forma ágil, eficiente y oportuna. Es decir, cuando el paciente requiere ser atendido, se cumple con facilidad y se resuelve su afección.

LA APS de hoy día requiere de un conjunto de competencias que deben ser provistas por los médicos. Ya no basta con las competencias de egreso de los médicos y se requiere un nivel de especialización en el Modelo de Salud Familiar, cuya forma de proveerlo es a través de la formación específica del Médico Familiar, el cual se distingue por proporcionar atención integral continuada a todo individuo que solicite asistencia médica (Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), 1991).

Este modelo tiene como objetivo buscar un enfoque más equitativo, centrado en las personas, orientado hacia resultados y acercando la salud a las personas (Sociedad Chilena de Medicina Familiar, 2000).

En Chile, este enfoque se ha implementado desde hace algunos años como parte de las reformas emprendidas en el área de la salud, que tienen como objetivo asegurar el acceso de las personas a los servicios y priorizar las acciones de los prestadores. Este modelo ha significado la transición de los tradicionales Consultorios a los Centros de Salud Familiar (CESFAM), los cuales cumplen con la implementación de los principios antes señalados.

1.3 OBJETIVO GENERAL

Estudiar el impacto que las variables clínico-sanitarias y las variables de gestión tienen sobre la calidad de la APS, medida como el control efectivo de EC y los Años de Vida Potencialmente Perdidos.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- (1) Identificar las variables clínico-sanitarias y las variables de gestión más relevantes que impactan sobre la calidad de la APS, a partir de una revisión bibliográfica.
- (2) Definir un modelo conceptual de APS que permita relacionar las variables clínico-sanitarias y las variables de gestión, con el control efectivo de EC, tomando debidamente en cuenta las variables condicionantes propias de la población y el contexto.
- (3) Construir y validar un instrumento de medición para recoger las variables identificadas en el modelo conceptual de APS.
- (4) Analizar el impacto que las variables clínico-sanitarias y las variables de gestión tienen sobre el control efectivo de EC.
- (5) Hacer propuestas de política pública que se deriven a partir de los resultados del trabajo.

2. MARCO TEÓRICO

En este capítulo, se presenta el Modelo Conceptual que se utiliza en esta investigación para relacionar las variables clínico-sanitarias y de gestión con la calidad de la APS (Figura 1). Para la construcción de este modelo se realiza una extensa revisión bibliográfica con el fin de:

- (1) Identificar las variables clínico-sanitarias y de gestión más relevantes.
- (2) Definir las variables condicionantes del resultado de la atención de salud, que se refieren al contexto (a niveles de la municipalidad/comuna y del consultorio) y a las características de la población (sociodemográficas y de comportamiento de las personas).
- (3) Establecer una relación entre las variables anteriores.

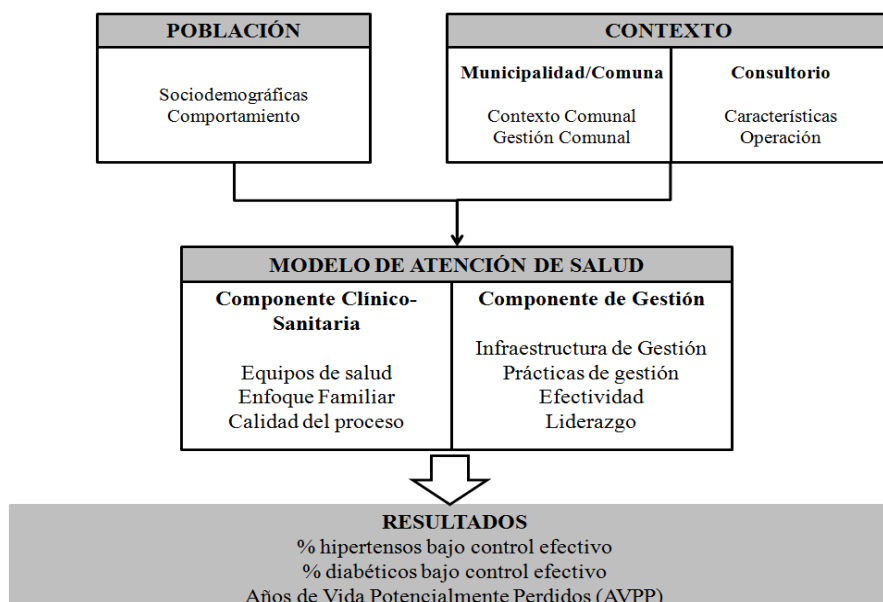


Figura 1. Esquema del Modelo Conceptual definido en esta investigación. Para su construcción se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de identificar variables clínico-sanitarias, de gestión y condicionantes de la calidad de la APS.

El Control Efectivo de HTA y DM, que integra la información relevante del acceso de la población a los servicios y la calidad entregada de estos, es uno de los indicadores utilizado como resultado en este Modelo Conceptual. Chile posee buenos resultados en este indicador

en comparación con LAC (la HTA posee un 38.4% de control efectivo, en comparación a un 23% de México, el cual es el país que le sigue) (Martínez et al., 2011).

Tanto las variables de contexto como las de población, impactan indirectamente sobre los resultados. Esto implica que éste último posee un efecto mediador⁵. Es decir, la población y el contexto impactan los resultados a través del Modelo de Atención de Salud.

A continuación se expone cada una de las componentes del Modelo Conceptual: Modelo de Atención de Salud, Características de la Población, Contexto y Resultados.

2.1 MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD

El Modelo de Atención de Salud incluye la Componente Clínico-sanitaria y la Componente de Gestión. Las dimensiones de la Componente Clínico-sanitaria son Equipos de Salud, Enfoque familiar y Calidad del Proceso. Las dimensiones de la Componente de Gestión son: Infraestructura de Gestión, Prácticas de Gestión, Efectividad y Liderazgo (Figura 2). Cada dimensión está compuesta por subdimensiones que determinan el concepto representado.

⁵ El efecto de mediación entre 2 variables es descrito con mayor profundidad en Baron & Kenny (1986).

MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD						
Componente Clínico-Sanitaria			Componente de Gestión			
EQUIPOS DE SALUD	ENFOQUE FAMILIAR	CALIDAD DEL PROCESO	INFRAESTRUCTURA DE GESTIÓN	PRÁCTICAS DE GESTIÓN	EFFECTIVIDAD	LIDERAZGO
	Continuidad del cuidado			Gestión del cambio		
	Accesibilidad					
Dotación	Tiempos de espera	Soporte para las decisiones	Sistemas de información	Capacitación	Percepción de calidad	Participativo
Calidad	Enfoque Bio-psicosocial			Sofisticación		Autoritario
Rotación	Orientación hacia la educación	Recursos y servicios	Coordinación con la red	Clima laboral	Sistemas de control	
Seguridad	Buen Trato			Liderazgo		
	Facilidad de atención					

Figura 2. Variables contenidas en el Modelo de Atención de Salud. Este modelo está compuesto por dos agrupaciones: la Componente clínico-sanitaria y la Componente de Gestión. A su vez, cada una de estas componentes se subdivide en tres y cuatro dimensiones, respectivamente.

En la Tabla 1 se especifican las variables propias de cada una de las dimensiones de la Componente Clínico-sanitaria y se indican las referencias que las respaldan como incidentes sobre la calidad de la APS.

Tabla 1. *Componente Clínico-sanitaria del Modelo de Atención de Salud, representando las referencias que posee cada una de las variables señaladas.*

Componente Clínico-Sanitaria		
Equipos de Salud	Enfoque Familiar	Calidad del Proceso
Dotación (Bodenheimer, Starfield, Treadway, Goroll, & Lee, 2008; Bodenheimer, 2011; Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007; Singer & Shortell, 2011; Montero et al., 2011)	Continuidad del cuidado National Health Service (NHS), 2009; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Bodenheimer, 2011; Wong et al., 2010; Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007; Sociedad Chilena de Medicina Familiar, 2000)	Soporte para las decisiones (Singer & Shortell, 2011; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; National Health Service (NHS), 2009)
	Accesibilidad (Sociedad Chilena de Medicina Familiar, 2000; Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002; Bodenheimer, 2011; Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007; Wong et al., 2010; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; National Health Service (NHS), 2009)	
	Tiempos de espera (Sociedad Chilena de Medicina Familiar, 2000; Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002; Vergara, 2007)	
Calidad (Bodenheimer, Starfield, Treadway, Goroll, & Lee, 2008; Wong et al., 2010; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Montero et al., 2011; Bodenheimer, 2011; Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007)	Enfoque Bio-psicosocial (Bodenheimer, Starfield, Treadway, Goroll, & Lee, 2008; Wong et al., 2010; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Bodenheimer, 2011; Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002; Macinko, Dourado, & Guanais, 2011)	Recursos y servicios (Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007)
Rotación (Vergara, 2007; Montero et al., 2011)	Orientación hacia la educación (Wong et al., 2010; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007; Singer & Shortell, 2011; Sociedad Chilena de Medicina Familiar, 2000; Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002; Marín-Reyes & Rodríguez-Morán, 2001)	
	Buen Trato (Sociedad Chilena de Medicina Familiar, 2000; Bodenheimer, Wagner, & Grumbach, 2002).	
Seguridad (Bodenheimer, 2011)	Facilidad de atención (Sociedad Chilena de Medicina Familiar, 2000; Vergara, 2007; National Health Service (NHS), 2009)	

Los Equipos de Salud están compuestos por el personal profesional (médicos, enfermeras, psicólogos, matronas, dentistas, trabajadores sociales, nutricionistas y kinesiólogos) y no profesional. De esta manera, las subdimensiones señaladas (Dotación, Calidad, Rotación y Seguridad) apuntan a representar los conceptos para ambas clases de personal.

El Enfoque Familiar de un CS está conformado por el desarrollo del Modelo de Salud Familiar. De esta forma, las subdimensiones representan los principios de éste modelo. El concepto de Accesibilidad se refiere al pronto contacto del sistema de salud con la afección de un paciente en particular (excluyendo, para este caso, al Tiempo de Espera y la Facilidad para ser atendido, que se consideran como un concepto aparte, pese a formar parte de definiciones similares).

La Calidad del Proceso se compone de dos aspectos: (1) los procedimientos y protocolos para apoyar la toma de decisiones en un CS y (2) los recursos y servicios disponibles para una atención de calidad. Ambos aspectos conforman las subdimensiones señaladas en el modelo.

En la Tabla 2 se especifican las variables propias de cada una de las dimensiones de la Componente de Gestión y se indican las referencias que las respaldan como incidentes sobre la calidad de la APS.

Tabla 2. *Componente de Gestión del Modelo de Atención de Salud, representando las referencias que posee cada una de las variables señaladas.*

Componente de Gestión				
Infraestructura de Gestión		Prácticas de Gestión		Liderazgo
Sistemas de Información	(National Health Service (NHS), 2009; Bodenheimer, 2011; Martínez et al., 2011; Bitrán, Escobar, & Gassibe, 2010; Macinko, Dourado, & Guanais, 2011; Singer & Shortell, 2011; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Montero et al., 2011; (Montero, Téllez, & Herrera, 2010)	Gestión del Cambio	National Health Service (NHS), 2009; Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007).	Percepción de calidad
	(Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Montero et al., 2011; (Montero, Téllez, & Herrera, 2010)	Capacitación	(Montero et al., 2011; Singer & Shortell, 2011).	
	(Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007; Singer & Shortell, 2011; Wong et al., 2010; Montero et al., 2011)	Sofisticación	(Chu, Koljatic, & Silva, 2006; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; National Health Service (NHS), 2009)	
Coordinación con la Red	(Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007; Singer & Shortell, 2011; Wong et al., 2010; Montero et al., 2011)	Clima laboral	(Bodenheimer, 2011; National Health Service (NHS), 2009; Singer & Shortell, 2011).	Sistemas de Control
				(Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Bitrán, Escobar, & Gassibe, 2010; Macinko, Dourado, & Guanais, 2011; Anderson, 2009)
				(Vroom & Jago, 1988; Bodenheimer, Starfield, Treadway, Goroll, & Lee, 2008; Singer & Shortell, 2011; National Health Service (NHS), 2009)

La Infraestructura de Gestión está compuesta por dos aspectos: (1) Los Sistemas de Información presentes en la atención de salud y (2) La Coordinación que un CS realice con la Red.

La subdimensión Sistemas de Información se refiere a la administración de los datos al interior de un CS y no representa únicamente la existencia de sistemas electrónicos para apoyar la atención.

La Coordinación con la Red de un CS se compone de dos unidades diferentes: (1) La coordinación con las redes locales y (2) La coordinación con otros niveles de atención.

Las Prácticas de Gestión de un CS se definen en base a cuatro subdimensiones: (1) la Gestión del Cambio que se realice al interior de éste, (2) las Capacitaciones que se realicen al personal, (3) la Sofisticación de la Gestión que un CS posea y (4) el Clima Laboral entre los trabajadores del Centro.

La dimensión Efectividad se organiza en dos aspectos: (1) La Percepción que los Usuarios poseen sobre la atención y (2) Los métodos utilizados para realizar un seguimiento de ésta percepción.

El estilo y coraje que un líder de un CS posea tiene una gran incidencia sobre la efectividad de la APS (Bodenheimer, Starfield, Treadway, Goroll, & Lee, 2008; Bodenheimer, 2011; National Health Service (NHS), 2009; Singer & Shortell, 2011). El modelo de liderazgo empleado para esta investigación se caracteriza como participativo o autoritario, lo cual se deriva de los distintos niveles de participación/autoritarismo que se distinguen en el Modelo de Vroom & Jago (Vroom & Jago, 1988). Estos niveles, ordenados de mayor a menor autoritarismo (menor a mayor participación), son:

- (1) *Decidir(mayor autoritarismo)*: El líder toma él mismo la decisión
- (2) *Consultar Individualmente*: El líder presenta el problema a los miembros del grupo por separado para consultarles su opinión

- (3) *Consultar al Grupo*: El líder presenta el problema a los miembros del grupo en su conjunto
- (4) *Facilitar*: El líder presenta el problema al grupo y se convierte en uno más al decidir la solución
- (5) *Delegar (mayor participación)*: El líder deja la resolución del problema en manos de otras personas.

2.2 POBLACIÓN

La dimensión Población se estructura en torno a dos subdimensiones: (1) Variables sociodemográficas y (2) Variables de comportamiento. Las primeras se refieren a características de la sociedad y población en su conjunto (Estatus socioeconómico, Nivel de empleo, Perfil epidemiológico, etc.) mientras que las segundas tienen que ver con el modo de vida de la población a cargo, que puede favorecer o perjudicar la salud de las personas.

En la Tabla 3 se especifican las variables propias de cada una de las subdimensiones de la dimensión Población y se indican las referencias que las respaldan como incidentes sobre la calidad de la APS.

Tabla 3. *Dimensión Población del Modelo Conceptual, representando las referencias que posee cada una de las variables señaladas.*

Población	
Sociodemográficas	Comportamiento
Etnia	Alimentación
(Flack, Staffileno, & Yunis, 1999)	
(Jones, 1999; Wong et al., 2010; Ministerio de Salud, 2010; Vergara, 2007; Bitrán, Escobar, & Gassibe, 2010; Macinko, Dourado, & Guanais, 2011; Flack, Staffileno, & Yunis, 1999)	
Estatus Socioeconómico	
(Marmot & Wilkinson, 1998; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010;	
Empleo	(Marmot & Wilkinson, 1998; Sacks, 1999; Carbajal et al., 2001)
(Marmot & Wilkinson, 1998; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Wong et al., 2010;	Actividad física
Equidad	
Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007; Bitrán, Escobar, & Gassibe, 2010; Macinko, Dourado, & Guanais, 2011)	
Número de hermanos por familia	
(Marmot & Wilkinson, 1998)	
Perfil epidemiológico	Orientación hacia el autocuidado
Macinko, Dourado, & Guanais, 2011; Vergara, 2007)	
(Wong et al., 2010; Cooper, 1999; Radley & Schoen, 2012; Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010)	
Ruralidad del sector	
(Ministerio de Salud, 2010; Wong et al., 2010; Carbajal et al., 2001; Calhoun & Oparil, 1999).	
Edad	Orientación hacia el autocuidado
(Ministerio de Salud, 2010; Wong et al., 2010; Carbajal et al., 2001; Calhoun & Oparil, 1999).	
Género	
(Marmot & Wilkinson, 1998; Wong et al., 2010; Jones, 1999; Ministerio de Salud, 2010)	
Nivel educacional	
	(Marmot & Wilkinson, 1998; Cushman, 1999; Carbajal et al., 2001; Anderson, 2009) (Marín-Reyes & Rodríguez-Morán, 2001; Sacks, 1999)

Estas variables son condicionantes para el Modelo Conceptual. Es decir, no son parte de lo que la gestión de un CS puede realizar a nivel de la población.

2.3 CONTEXTO

La dimensión Contexto se refiere a características estructurales y no modificables que circundan a un CS, organizadas en dos tipos: (1) Municipalidad/Comuna y (2) Consultorio.

En la Tabla 4 se especifican las variables propias de cada una de las subdimensiones de la dimensión Contexto y se indican las referencias que las respaldan como incidentes sobre la calidad de la APS.

Tabla 4. *Dimensión Contexto del Modelo Conceptual, representando las referencias que posee cada una de las variables señaladas*

Contexto					
Municipalidad/comuna				Consultorio	
Contexto comunal		Gestión comunal		Características	Operación
Contaminación ambiental	(Marmot & Wilkinson, 1998; National Health Service (NHS), 2009; Vergara, 2007)	Recursos Comunitarios	(Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Carbajal et al., 2001)	Accesibilidad	(Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Wong et al., 2010; Bodenheimer, 2011; National Health Service (NHS), 2009; Radley & Schoen, 2012; (Sociedad Chilena de Medicina Familiar, 2000)
Mecanismo de financiamiento	(Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Bodenheimer, 2011; Montero et al., 2011)	Acceso a servicios básicos	(Marmot & Wilkinson, 1998; National Health Service (NHS), 2009)		Resolutividad (Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Vergara, 2007)
Población sin agua potable	(Wong et al., 2010; Vergara, 2007)	Financiamiento	(Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Wong et al., 2010; Bodenheimer, Starfield, Treadway, Goroll, & Lee, 2008; Montero et al., 2011)	Administración Salud	(Beasley, Starfield, van Weel, Rosser, & Haq, 2007; Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; National Health Service (NHS), 2009)
Nivel de democracia	(Marmot & Wilkinson, 1998; Vergara, 2007)	Apoyo Social	(Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010; Carbajal et al., 2001)		Innovación (Kringos, Boerma, Hutchinson, van der Zee, & Groenewegen, 2010).

El Contexto de un CS se representa por el entorno de dos unidades básicas:

- (1) La Municipalidad y/o la Comuna: Esta se refiere a las condiciones del territorio y de la estructura organizacional de la comuna que inciden sobre la APS. Se pueden distinguir entre las variables del Contexto y la Gestión Comunal.
- (2) El Consultorio: Esta se refiere a las Características y la Operación que un CS presenta y que inciden sobre la calidad de la APS entregada a la población.

Las variables del Contexto Comunal se refieren a las condiciones que la comuna posee y que son ajenas a la gestión que la Dirección de Salud puede realizar. Por otro lado, las variables de Gestión comunal se refieren a la administración que el municipio realice en la comuna.

Las variables de las Características del Consultorio representan el acceso que se permita a la salud oportuna y el mecanismo de financiamiento que se posea. Este último representa si la comuna recibe los aportes del nivel central por un método per-capitado o con un costo fijo. Por otro lado, la administración de salud de la APS (a cargo del Municipio o del Servicio de Salud) está representada en la variable Administración de Salud. Las variables de la Operación de un Consultorio se refieren a la capacidad para resolver prontamente las necesidades de salud de los pacientes (Resolutividad) y a las nuevas estrategias clínicas que se generan a nivel central para entregar una mejor atención (Innovación).

2.4 RESULTADOS: HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS BAJO CONTROL EFECTIVO Y AVPP

Las variables dependientes del Modelo Conceptual definido se pueden separar en dos clases:

- (1) Años de Vida Potencialmente perdidos (AVPP)
- (2) Control efectivo de EC

Los AVPP representan la carga de años perdidos, en relación a la expectativa de vida de la población. En el caso de esta investigación, se utilizan los AVPP asociados a enfermedades del sistema circulatorio, que es la proporción de muertes atribuibles a esta condición.

Por otro lado, el control efectivo es un concepto que se refiere al número de enfermos que efectivamente está controlado en su condición. Es decir, del universo de enfermos crónicos diagnosticados, se mide el número de pacientes que están controlados en su condición (Figura 3).

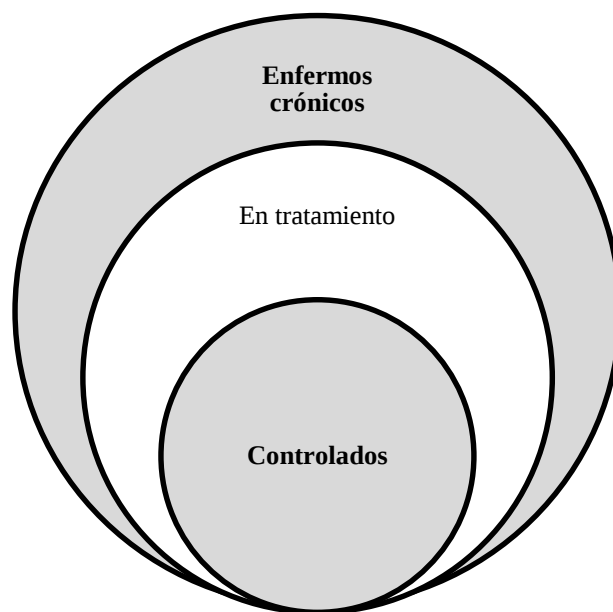


Figura 3. Obtención del indicador de control efectivo de Enfermedades Crónicas (EC). Este es el número de pacientes controlados divididos por el total de pacientes con esta condición.

Para cada EC, el control efectivo se representa de la siguiente forma:

- (1) Hipertensión: Porcentaje de pacientes hipertensos que tiene la presión sistólica menor que 140 mmHg o la diastólica menor que 90 mmHg. Esto se calcula como el cociente entre los siguientes indicadores:

- a. N° personas hipertensas de 15 a 64 años en el Programa de Salud Cardiovascular (PSCV) con Presión Arterial (PA) <140/90 mmHg⁶.
 - b. Total de personas hipertensas de 15 a 64 años en PSCV.
- (2) Diabetes: Porcentaje de pacientes diabéticos que tengan hemoglobina glicosilada menor que 126 mg/dl. Esto se calcula como el cociente entre los siguientes indicadores:
- a. N° personas diabéticas de 15 a 64 años en PSCV con Hemoglobina Glicosilada (HbA1c)<7%
 - b. Total de personas diabéticas de 15 a 64 años en PSCV

Los AVPP asociados a una comuna no son afectados necesariamente por la gestión realizada en el período de medición. Esto porque este indicador muestra los años de vida perdidos atribuibles a una condición que se desarrolló varios años atrás del momento en que se está midiendo.

⁶ La información disponible del PSCV, sólo representa a las personas de 15 a 64 años de edad.

3. METODOLOGÍA

La metodología que se presenta en este capítulo se estructura en cinco secciones: Modelo Empírico, Diseño del instrumento utilizado para recoger información de las variables independientes, Aplicación del instrumento, Fuentes de información para la variable dependiente y Metodología de análisis de resultados.

3.1 MODELO EMPÍRICO

El Modelo Conceptual antes formulado, construido a partir de la revisión bibliográfica y la consulta a expertos, no puede emplearse en esta investigación tal como está definido, porque para algunas de las variables incluidas no se pudo obtener información confiable. En primer lugar, no se dispuso de antecedentes de la Población, por lo que no se pudo considerar estas variables. Además, las variables del Contexto, tuvieron que restringirse como se indica en la Figura 4. El Modelo de Atención de Salud y los Resultados se conservaron tal como estaban definidos.

CONTEXTO		
Municipalidad/Comuna		Consultorio
Contexto Comunal	Gestión Comunal	Características
Mecanismo de financiamiento	Recursos Comunitarios Apoyo Social	Accesibilidad

Figura 4. Variables resultantes del Contexto, producto de la reducción realizada por la disponibilidad de información confiable.

En la Figura 5 se representa el modelo que se utiliza en esta investigación para el estudio empírico.

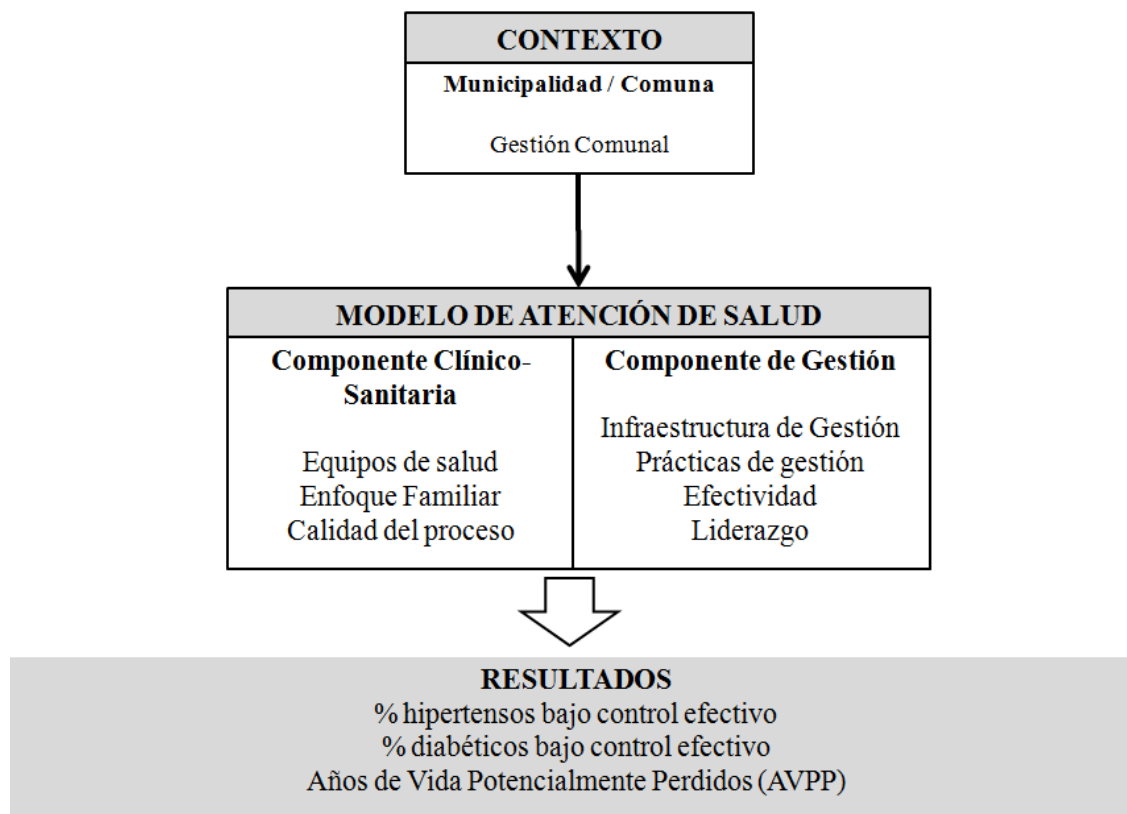


Figura 5. Modelo Empírico que se utiliza en la investigación. Se eliminan las variables de la dimensión Población y se restringe el Contexto, producto de la falta de información confiable.

3.2 DISEÑO DEL INSTRUMENTO

El instrumento de medición se refiere a la encuesta que se utiliza para recoger información en todas las Entidades Administradoras Municipal de Salud (EAMS) del país, de las variables de la Componente Clínico-sanitaria y de la Componente de Gestión incluidas en el Modelo de Atención de Salud antes presentado, y de las variables del Contexto⁷. Esta encuesta se aplica al Director de las EAMS y consta de 81 preguntas que se detallan en el Anexo 2⁸, las cuales pueden ser respondidas por Internet.

⁷ Se hizo una búsqueda de información disponible a nivel comunal de las variables independientes y lo que se encontró era insuficiente para representar las variables de las Componentes Clínico-sanitaria y de Gestión. Por ello se optó por confeccionar una encuesta para recoger estos antecedentes.

⁸ En el Anexo 2 se indica el tipo de pregunta realizada, la fuente de dónde se obtuvo y la relación de cada pregunta con el Modelo Conceptual definido. También se muestra si la pregunta no era requerida para seguir contestando el cuestionario.

Para cada una de las dimensiones incluidas en el Modelo de Atención de Salud (excepto Liderazgo)⁹, la encuesta posee lo siguiente:

- (1) Un conjunto de afirmaciones para ser respondidas en una escala Likert de 5 niveles (desde Muy en Desacuerdo a Muy de Acuerdo).
- (2) Una evaluación integral de la dimensión completa en la escala de 1 a 7
- (3) Una justificación de la calificación asignada en la evaluación integral.

Las variables de Liderazgo y Contexto se incluyen al final del cuestionario y sólo constan de preguntas que se responden en la escala Likert de 5 niveles. Por otro lado, hay una pregunta que se responde de un modo diferente, pues solicita indicar la prioridad de uso de los CS de APS para cada comuna (EF16).

Para medir el liderazgo de los Directores de los Centros de APS de las comunas de Chile, se observará el grado de participación que estos dejan a sus subordinados. De esta forma, se elige un modelo de liderazgo que permite medir, preguntando al Director de la EAMS, el nivel de participación que el Director de un CS deja a sus subordinados.

La confección de las preguntas de esta encuesta se llevó a cabo en dos etapas: Diseño y Validación de Contenido.

3.2.1 Diseño

El diseño inicial de este instrumento incluye todas las preguntas obtenidas de la revisión bibliográfica y las que se elaboraron adicionalmente para representar las variables del Modelo Conceptual (Anexo 3 indica preguntas, fuentes y alternativas de respuesta).

La versión inicial del instrumento fue revisada por un Panel de Expertos formado por: Paula Cerda, Mariela Rodríguez, Astrid Brunner, Michael Velten, Blanca Peñaloza y Loreto Molina (Anexo 4) y como resultado se restringió sustancialmente el número de preguntas

⁹ Equipos de Salud, Enfoque Familiar, Calidad del Proceso, Coordinación con la red, Sistemas de Información, Prácticas de Gestión y Efectividad

(pues se estimaba muy largo el cuestionario inicial) de 270 a 125 (Anexo 5 muestra este último cuestionario).

3.2.2 Validación de Contenido

Posterior al Diseño, otro Panel de Expertos multidisciplinarios formado por Arístides Torche, Judith Scaragger, Patricia González, Patricia Huerta y Loreto Molina (Anexo 4), revisó cada una de las preguntas para validar su pertinencia, evaluar su ajuste al Modelo de Atención de Salud y corregir su redacción, depurando o incluyendo algunas preguntas que se estiman convenientes.

Luego de este proceso, la encuesta se aplica a 3 personas del ámbito de la salud para realizar un pre-test, con el fin de validar tanto el contenido, como la forma de evaluación y la presentación web de la encuesta. Estas personas son Tomás Pantoja, Ximena Candia y Blanca Peñaloza (Anexo 4).

3.3 APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO

La aplicación de este instrumento se llevó a cabo entre el 12 de marzo y el 25 de Mayo de 2012 con el cuestionario web para todos los Directores de Salud Municipal. Para conseguir una participación más entusiasta y mejorar la tasa de respuesta, se solicitó el apoyo del Consejo Consultivo AUGE y de la Asociación Chilena de Municipalidades (AChM). Esta última, además, puso a disposición de la investigación la base de datos de todos los Directores de Salud Municipal del país.

El correo enviado a cada Director invitándolo a participar en el estudio se muestra en el Anexo 6, la información pública que se puso a disposición de ellos (y que contextualiza la investigación) en el Anexo 7, y las cartas de apoyo del Consejo Consultivo AUGE y de la AChM en el Anexo 8.

Para mejorar la tasa de respuestas, se enviaron varios correos reiterando la invitación a lo largo de 5 semanas y se montó un “call center” que se dedicó durante todo este período a

llamar a cada Director, solicitando reiteradamente su respuesta al cuestionario (En Anexo 9, el protocolo utilizado por el “call center” en sus llamadas). Sus principales actividades en estas cinco semanas fueron:

Semana 1

Actualización de Base de Datos inicial: Se obtienen los nuevos datos de Directores de Salud Municipal utilizando tres fuentes: los mismos municipios (llamando al número de “Mesa Central” de cada Municipalidad), Internet y la Guía Silber, obtenida con la gentileza del Centro de Políticas Públicas UC.

Semana 2 y 3

Llamado a personas que no contestan la encuesta: Se asigna un grupo de Directores de Salud a cada persona del “call center” y se insiste para responder la encuesta con un llamado directo.

Semana 4 y 5

Llamado con reenvío in-situ: Se asigna un grupo de Directores a cada persona del “call center” y se reenvía la invitación a participar en la encuesta en el mismo instante en que se habla con el encuestado.

3.4 FUENTES DE INFORMACIÓN PARA LAS VARIABLES DEPENDIENTES

La información comunal de los AVPP, Hipertensión y Diabetes (que reúne a todos los CS de la comuna) se obtiene del Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud (MINSAL) de Chile (Ministerio de Salud, 2011). En el caso de las EC, estos indicadores son recogidos a partir de los Registros Estadísticos Mensuales (REM).

Se considera que la información de los REM, por ser un auto reporte de los CS, no está construida sobre las mismas bases, por lo que diferencias entre ellas pueden deberse a la

medición más que a la condición efectiva de tratamiento de EC. Más aún, los resultados contruidos a partir de esta información significan posibles pérdidas de recursos para la administración. Por ello, se utiliza la ENS como un patrón de referencia para ajustar posibles sesgos de los REM y poner, de este modo, todos los antecedentes en una misma escala de medición.

Una primera comprobación de la validez de los datos de los REM se hace simplemente determinando la correlación que los datos de la ENS tienen con los REM agregados a nivel regional, medidos en diciembre de 2010. Como la ENS se refiere a toda la población y los REM sólo a la población que se atiende en la Salud Pública, se seleccionan de la ENS sólo las personas de nivel educacional menor a 8 años (19% de la población total (Ministerio de Salud, 2010))¹⁰. En ambos casos (ENS y REM), la variable dependiente se mide como personas que están controladas en su condición de EC, dividido por el total de personas con nivel educacional menor a 8 años bajo tratamiento¹¹.

En la Figura 6, se muestra los datos para la HTA. Se aprecia que existe una correlación positiva y significativa de 0.44. Por lo tanto, se concluye que los datos REM pueden utilizarse para medición de HTA, siempre que se corrijan los sesgos que se aprecian en la misma figura.

¹⁰ Entendiendo el nivel educacional como una variable proxy de condición socioeconómica.

¹¹ No se logró conseguir los datos de los REM para la XI Región, por lo que se excluyó del análisis.

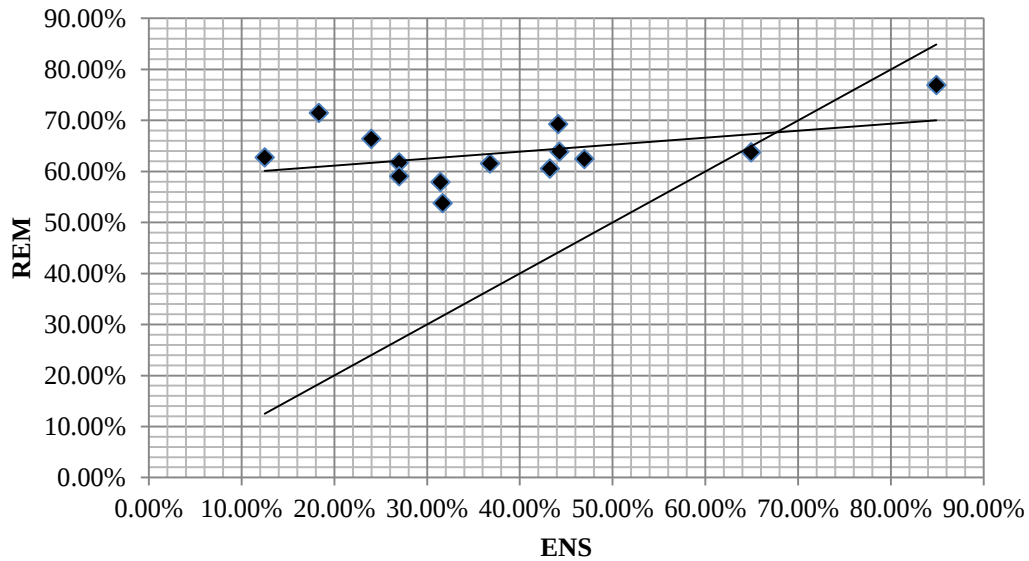


Figura 6. Comparación de control efectivo de Hipertensión Arterial (HTA) para los datos obtenidos por la Encuesta Nacional De Salud (ENS) versus los Registros Estadísticos Mensuales (REM). Se observa una correlación positiva de 0.44 entre ambos conjuntos de datos.

En la Figura 7, se muestra los datos para la DM. Se aprecia que existe una correlación negativa y significativa de -0.411. Por lo tanto, se concluye que los datos REM no son una medición confiable del control de DM.

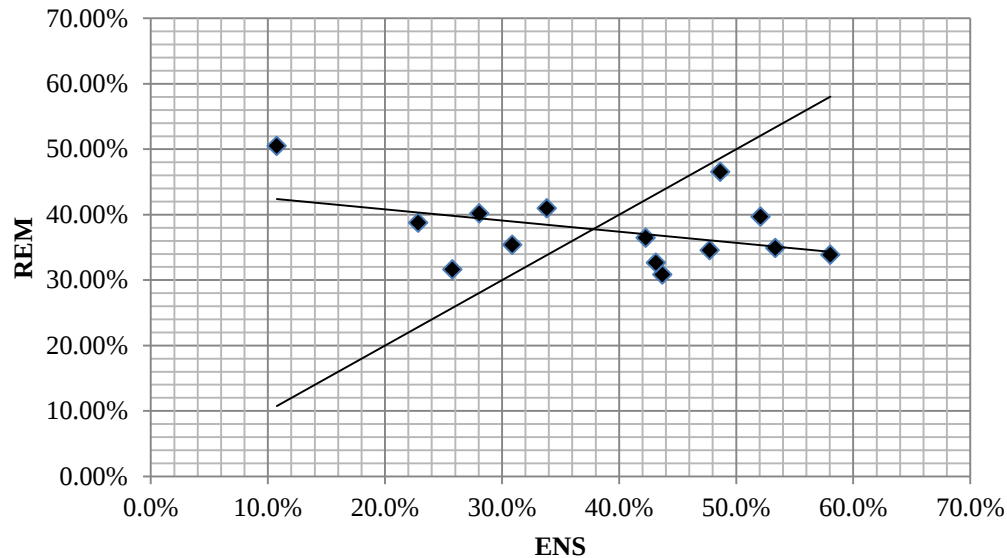


Figura 7. Comparación de control efectivo de Diabetes Mellitus (DM) para los datos obtenidos por la ENS versus los REM. Se observa una correlación negativa de -0.411 entre ambos conjuntos de datos.

Ambas figuras muestran que la dispersión entre ambos conjuntos de datos (ENS y REM) es muy distinta. En el caso de la HTA, la desviación estándar de los datos del REM es de 5.87%, mientras que los datos de la ENS son de 19%. Para la DM, la desviación estándar de los REM es de 5.63% y de la ENS 13.6%.

De la lectura de estas figuras se pueden interpretar los siguientes dos puntos:

- (1) El auto reporte de los datos correspondientes a las EC se aleja sustancialmente de la realidad representada por la ENS.
- (2) Los REM no son un indicador adecuado para evaluar y medir la calidad de la APS a nivel nacional

3.4.1 Metodología para corrección de sesgos de la medición de HTA en los REM

El supuesto que se hace es que el promedio regional para la ENS en la variable de control de HTA, es válido y que la diferencia del promedio de esta misma variable calculado de los

REM, tiene un sesgo. Para corregir este sesgo, simplemente se resta la diferencia entre ambos valores.

Adicionalmente, es posible que la diferencia entre los valores del REM comunal y la ENS regional sea un indicador válido en sí mismo, puesto que daría un indicio de la magnitud de la sobrestimación del control de hipertensos a nivel comunal. De esta forma, se incluye el sesgo como una posible variable dependiente producto de la falta de información confiable para la investigación.

Finalmente, la validez de la información obtenida a partir de los REM no es idónea para la utilización en esta investigación. De esta forma, las variables dependientes que se incorporarán al análisis son las siguientes:

- (1) Control efectivo de HTA corregido por sesgo: A cada valor comunal de control efectivo, se le suma la diferencia entre el valor regional que entrega la ENS y el REM, respectivamente.
- (2) Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) producto de enfermedades del sistema circulatorio: Obtenidos de información pública del DEIS.
- (3) Sesgo de control efectivo de HTA: A cada valor del control efectivo del REM se le resta el valor del control efectivo según la ENS para la región a la que corresponde esa comuna.

3.5 METODOLOGÍA DE ANÁLISIS DE RESULTADOS

En forma previa al análisis de los resultados, se realiza un análisis de los posibles sesgos que podrían tener los datos producto de que no se obtuvo el 100% de las respuestas de los encuestados. A continuación, el análisis de resultados se realiza en tres etapas: Análisis Descriptivo, Construcción de un número reducido de variables independientes y Análisis de Regresión.

3.5.1 Análisis de los sesgos

Se estudia el patrón de comportamiento de la respuesta en la encuesta realizada, explorando la posible presencia de sesgos según las siguientes variables:

- (1) Mecanismo de financiamiento (per-cápita o costo fijo) de la APS en la comuna.
- (2) Administración de la APS (municipal o por Servicio de Salud) en la comuna.
- (3) Nivel de pobreza de la comuna (medida como el porcentaje de población bajo la línea de la pobreza definida por la CASEN 2011).
- (4) Número de habitantes de la comuna.

3.5.2 Primera etapa: Análisis Descriptivo

El Análisis Descriptivo busca determinar los parámetros estadísticos básicos de cada pregunta (media, varianza, etc.), identificar posibles desviaciones (errores) en las respuestas, y derivar las primeras conclusiones a partir del examen de:

- (1) Frecuencias absoluta y relativa de la suma de respuestas de acuerdo y muy de acuerdo en las preguntas que se responden en la escala Likert de 5 puntos
- (2) Promedio, frecuencia relativa y comentarios de las preguntas de evaluación que se responden en la escala de 1 a 7
- (3) Relación de las variables anteriores (estudio preliminar de componentes principales, y análisis de correlación y regresión por cada dimensión, que tiene como variable dependiente la pregunta resumen de cada dimensión y todas las otras como independientes).
- (4) Algunas consideraciones adicionales de la aplicación del instrumento (análisis de algunos comentarios que escapan de las dimensiones preguntadas, de la pregunta EF16 sobre priorización del uso de los CS y sobre posibles *outliers* en las respuestas).

Por último, el Análisis Descriptivo permite conocer la percepción de los Directores de Salud con respecto a las dimensiones preguntadas en la encuesta (Equipos de Salud, Enfoque

Familiar, Calidad del Proceso, Infraestructura de Gestión, Prácticas de Gestión, Efectividad, Contexto y Liderazgo).

3.5.3 Segunda etapa: Construcción de variables independientes

La aplicación de la encuesta permite recoger una variedad muy grande de variables independientes, orientadas a medir las dos componentes del modelo (Clínico-sanitaria y de Gestión).

Para depurar y definir las variables independientes que se utilizan en este estudio, se utilizan dos metodologías de agrupación de las mismas.

3.5.3.1 Primer grupo. Análisis con dimensiones y subdimensiones del Modelo Empírico

Se utilizan como variables independientes los promedios de cada subdimensión del Modelo Empírico definido, sin incluir la pregunta resumen.

3.5.3.2 Segundo Grupo. Análisis con selección de variables.

Para seleccionar las variables que van a ser utilizadas en este segundo grupo de análisis, se aplican los siguientes criterios:

- (1) Primera eliminación de variables. En cada una de las 9 dimensiones del Modelo Empírico, se incluyen sólo las variables cuya correlación ítem-test sea mayor que 0.3.
- (2) Segunda eliminación de variables. Se realiza un Análisis de Componentes Principales y se selecciona el número de estas componentes que se considera apropiado para describir cada dimensión (una o más). Las variables que no cargan en las componentes seleccionadas, son eliminadas del análisis.

Las componentes que finalmente resultan después de este proceso de depuración, se interpretan y denominan en función de las variables incluidas.

3.5.4 Tercera etapa: Análisis de regresión

A partir de las dos alternativas de variables independientes identificadas en la Segunda Etapa, se realizan tres Análisis de Regresión Lineal Múltiple: (1) utilizando como variable dependiente el control efectivo HTA corregido, (2) utilizando como variable dependiente los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) del año 2010 y (3) utilizando el sesgo comunal del control efectivo de HTA como variable dependiente.

Esta tercera etapa sólo se realiza con las comunas de dependencia municipal (se eliminan comunas que dependen del Servicio de Salud)¹².

Cada análisis se estructura en base a la observación de dos conceptos de la regresión:

- (1) Tabla ANOVA: Esta tabla señala la existencia de una predicción significativa En cuanto al valor del test F.
- (2) Matriz de coeficientes: Esta tabla muestra la significancia e impacto de cada variable independientes sobre la variable dependiente.

En cada análisis realizado, se incluye como variable independiente el mecanismo de financiamiento como dummy (per-cápita o costo fijo).

¹² Todas las encuestas referidas a las comunas bajo administración del Servicio de Salud con una misma dependencia son iguales, puesto que fueron respondidas por una misma persona. Esto hace que sea menos confiable, ya que no se distinguen diferencias entre comunas.

4. RESULTADOS

El capítulo de resultados se estructura en torno a cuatro secciones: Análisis de los sesgos observados en la respuesta, Análisis descriptivo de la encuesta, Construcción de las variables independientes y Análisis de Regresión.

4.1 ANÁLISIS DE SESGOS

La encuesta aplicada a los Directores de Salud de todas las comunas del país (345) obtiene un total de 174 respuestas, que equivale a una tasa de 50.4% de respuesta, contemplando tanto completas como incompletas (Tabla 5).

Tabla 5. *Frecuencia absoluta y relativa de las respuestas recibidas por parte de los Directores de Salud de las 345 comunas del país*

	Completas	Incompletas	No Contesta	Total
Número de respuestas	131	43	171	345
Porcentaje de respuestas	37.97%	12.46%	49.57%	100%

El Análisis de Sesgos se estructura en base al estudio de cuatro características de las comunas que respondieron: Administración de la APS, Mecanismo de Financiamiento, Tamaño de Población y Nivel de Pobreza.

4.1.1 Administración de la APS

Considerando que existen 25 comunas en las cuales la APS es administrada por el Servicio de Salud, las tasas de respuesta según la administración de la APS son las siguientes:

- (1) Administración municipal de la APS: 49%
- (2) Administración del Servicio de Salud: 68%

Los Servicios de Salud presentan una mayor tasa de respuesta que las comunas con administración municipal de la APS.

4.1.2 Mecanismo de Financiamiento

Considerando que existen 36 comunas cuyo mecanismo de financiamiento es por costo fijo¹³, las tasas de respuesta según el mecanismo de financiamiento son las siguientes:

- (1) Comunas con financiamiento per-cápita: 51%
- (2) Comunas con financiamiento costo fijo: 44%

El mecanismo de financiamiento no posee sesgos significativos en la tasa de respuesta de las comunas. Es decir, las comunas con financiamiento per-cápita respondieron con una frecuencia similar con la que lo hicieron las comunas con financiamiento por costo fijo.

4.1.3 Tamaño de Población

Comparando los tamaños de población promedio de las comunas que respondieron (tanto completa como incompletamente) en comparación a las que no lo hicieron, se observa lo siguiente:

- (1) Tamaño poblacional de comunas que responden: 43.260 habitantes
- (2) Tamaño poblacional de comunas que no responden: 53.636 habitantes.

Pese a que la diferencia es pequeña, las comunas que poseen una mayor cantidad de habitantes poseen una mayor tasa de respuesta que las que no lo hacen. Es decir, las comunas más grandes poseen una menor disposición a contestar la encuesta que las más pequeñas.

¹³ Su financiamiento es independiente del número de inscritos de la comuna.

4.1.4 Nivel de Pobreza

Comparando los porcentajes de habitantes bajo la línea de la pobreza de las comunas (según la CASEN 2011) que respondieron (tanto completa como incompletamente) en comparación a las que no lo hicieron, se observa lo siguiente:

- (1) Porcentaje de pobreza de comunas que responden encuesta: 17.9%
- (2) Porcentaje de pobreza de comunas que no responden encuesta: 16.3%

El nivel de pobreza de la comuna no está relacionado con la tasa de respuesta de la encuesta aplicada.

4.2 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

El Análisis Descriptivo de las respuestas recibidas en la encuesta se estructura definiendo la percepción de los Directores de Salud sobre las nueve dimensiones del Modelo Empírico, pertenecientes a la Componente Clínico-sanitaria (Equipos de Salud, Enfoque Familiar y Calidad del Proceso), Componente de Gestión (Coordinación con la Red, Sistemas de Información, Prácticas de Gestión, Efectividad y Liderazgo) y el Contexto.

4.2.1 Equipos de Salud

La Tabla 6 muestra las frecuencias absoluta y relativa de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” para cada pregunta de la dimensión Equipos de Salud (ES). El análisis de esta dimensión se estructura en base a la descripción de sus cuatro subdimensiones: Dotación, Rotación, Calidad y Seguridad.

Tabla 6. *Frecuencia absoluta y relativa de las respuestas recibidas de la dimensión Equipos de Salud por parte de los Directores de Salud de las 345 comunas del país (n=166)*

Subdimensión	Código Pregunta	Pregunta	Frecuencia "De acuerdo" - "Muy de Acuerdo"	Frecuencia Relativa
Dotación	ES1	La dotación de médicos en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	46	27.7%
	ES2	La dotación de enfermeras en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	50	30.1%
	ES3	La dotación de dentistas en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	69	41.6%
	ES4	La dotación de otros profesionales en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	69	41.6%
	ES5	En esta comuna, llenar cargos vacantes nos resulta fácil	34	20.5%
Rotación	ES6	La rotación de médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	120	72.3%
	ES7	La rotación de otros profesionales no médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	54	32.5%
Calidad	ES8	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna son competentes técnicamente	143	86.1%
	ES9	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna están bien preparados para la APS	125	75.3%
	ES10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna tienen una buena acogida del paciente	143	86.1%
Seguridad	ES11	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del personal que presta servicios de salud en los Centros de APS de la comuna	48	28.9%

Dotación

La percepción de los Directores de Salud es que hay escasez de profesionales de salud, donde los médicos son los que presentan una mayor brecha. Sólo un 27,7% considera que la dotación de médicos cubre las necesidades de la comunas (30,1% para enfermeras y 41,6%

para dentistas y otros profesionales), y sólo un 20,5% que resulta fácil llenar los cargos vacantes (esto último apoyado por los numerosos comentarios a las preguntas resumen señalando este punto).

Rotación

La rotación de médicos es muy alta (72,3% lo percibe así), siendo menos crítica la rotación de otros profesionales (32,5%). El “problema de rotación” a que se refieren los Directores de Salud Municipal al comentar las dificultades de su comuna, tiene que ver principalmente con los médicos, señalando que la remuneración es el principal obstáculo para la retención de profesionales en los Centros de APS.

Calidad

La percepción de los Directores de Salud es que los equipos que trabajan en los CS son competentes, observando un mayor acuerdo en los aspectos técnicos (86.1% lo afirma así), que en los propios para la APS (75.3%). Este último hecho es respaldado por los numerosos comentarios de las preguntas resumen que solicitan una mayor formación en Medicina Familiar en las Universidades.

Los profesionales tienen una buena acogida por parte del paciente (86.1% lo responde así), lo que se complementa con el gran compromiso observado de los equipos con los pacientes y la salud comunal, dado que este punto es mencionado en varios comentarios de las preguntas resumen.

Seguridad

En la mayoría de los casos, los CS primarios no cuentan con protocolos de seguridad para los equipos de salud (sólo un 28.9% respondió que lo poseía).

4.2.1.1 Análisis de pregunta resumen

El Gráfico 1 muestra la frecuencia de respuesta de la pregunta resumen de Equipos de Salud.

El rendimiento que los Directores de Salud perciben en promedio para los ES es regular (el promedio de las respuestas es de 5.7 y la respuesta más observada es una nota entre 5 y 6). Además, las respuestas presentan un alto grado de homogeneidad (se observa una baja dispersión con una desviación estándar de 0.716).

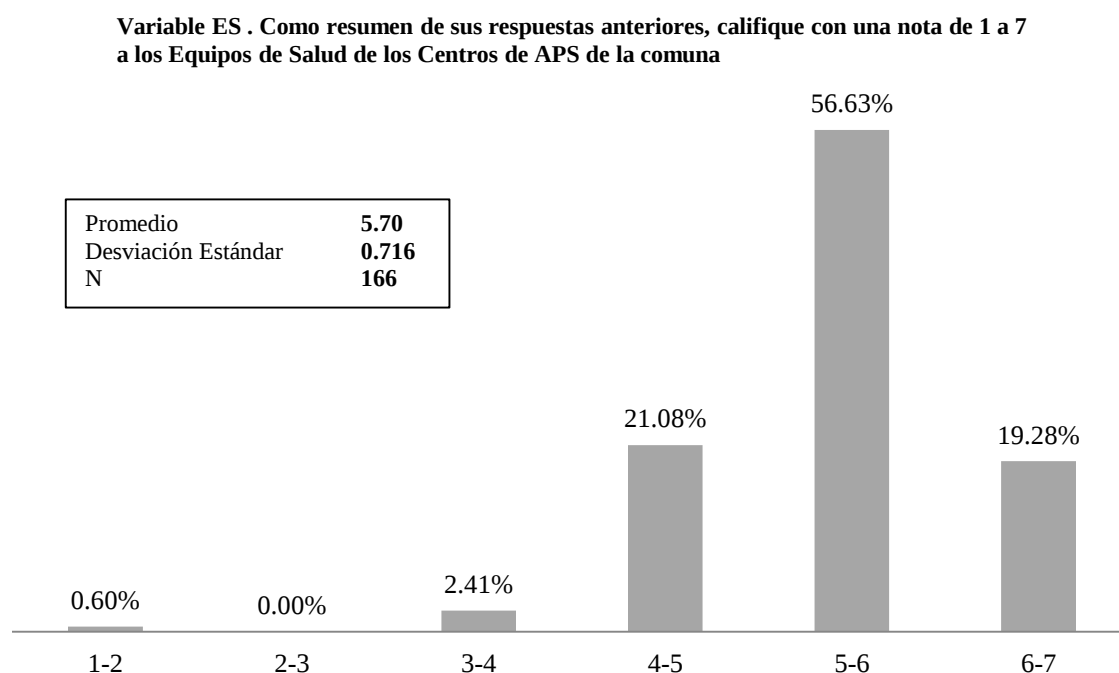


Gráfico 1. Resultados de la pregunta ES correspondiente a la variable resumen de la dimensión Equipos de Salud. Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas.

4.2.1.2 Análisis de Componentes Principales

El Análisis de Componentes Principales de los ES se estructura en dos partes: Análisis de la varianza explicada por cada componente (Tabla 7) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 8).

Tabla 7. Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión ES. Se encuentran 4 componentes significativas.

Componente	% de la varianza	% acumulado
1	25,108	25,108
2	14,963	40,071
3	11,718	51,788
4	9,665	61,454
5	8,755	70,209
6	7,145	77,354
7	5,845	83,199
8	5,116	88,315
9	4,622	92,937
10	4,319	97,256
11	2,744	100,000

Tabla 8. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión ES.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente			
		1	2	3	4
ES1	La dotación de médicos en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	,705	,255	,206	,032
ES2	La dotación de enfermeras en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	,659	,322	,158	,125
ES3	La dotación de dentistas en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	,522	,430	,187	-,249
ES4	La dotación de otros profesionales en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	,708	,270	,050	-,192
ES5	En esta comuna, llenar cargos vacantes nos resulta fácil	,389	,348	-,501	,388
ES6	La rotación de médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	-,255	,392	,375	,450
ES7	La rotación de otros profesionales no médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	-,339	,116	,600	,464
ES8	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna son competentes técnicamente	,556	-,596	,200	,135
ES9	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna están bien preparados para la APS	,548	-,642	,135	,037
ES10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna tienen una buena acogida del paciente	,280	-,405	,141	,323
ES11	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del personal que presta servicios de salud en los Centros de APS de la comuna	,191	-,039	-,595	,505

Existen cuatro componentes que explican un nivel significativo de varianza (61%):

Componente 1: ES1, ES2, ES3, ES4

Componente 2: ES8, ES9, ES10

Componente 3: ES5, ES7, ES11

Componente 4: ES6

La Dotación de ES (necesidad de profesionales) conforma la primera componente, la cual explica el 25% de la varianza de la dimensión.

La Calidad de los ES (en cuanto a competencias de los ES, tanto técnicamente como para la APS y acogida del paciente) constituye la segunda componente, lo cual se afirma con los reiterados comentarios recibidos por los Directores de Salud.

La dificultad para llenar cargos vacantes, rotación de otros profesionales y la falta de protocolos de seguridad para el personal existente constituyen la tercera componente de esta dimensión.

La variable que muestra la rotación de médicos constituye la cuarta componente en sí misma, reconociendo la importancia de este problema para la APS (explica un 8% de la varianza de la dimensión).

4.2.1.3 Análisis de Correlación

La Tabla 9 muestra los resultados del Análisis de Correlación entre cada variable perteneciente a la dimensión ES y la variable resumen de esta dimensión.

Tabla 9. *Correlación de cada variable de la dimensión ES con su variable resumen y su significancia.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación	Significancia
ES		1.000	.
ES1	La dotación de médicos en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.266	.000
ES2	La dotación de enfermeras en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.168	.016
ES3	La dotación de dentistas en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.114	.072
ES4	La dotación de otros profesionales en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.254	.000
ES5	En esta comuna, llenar cargos vacantes nos resulta fácil	-.024	.379
ES6	La rotación de médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	-.134	.043
ES7	La rotación de otros profesionales no médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	-.078	.159
ES8	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna son competentes técnicamente	.620	.000
ES9	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna están bien preparados para la APS	.560	.000
ES10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna tienen una buena acogida del paciente	.357	.000
ES11	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del personal que presta servicios de salud en los Centros de APS de la comuna	.170	.015

La dotación de médicos, enfermeras y otros profesionales, la rotación de médicos, las competencias y acogida por parte del paciente y la existencia de protocolos de seguridad presentan una correlación significativa con la variable resumen.

La percepción es que la Calidad de los ES es principalmente lo que se está evaluando en la pregunta resumen (a diferencia de las otras variables con correlación significativa, las variables de competencias y acogida por parte del paciente son las que presentan una correlación mayor a 0.3)

4.2.1.4 Análisis de Regresión

La Tabla 10 muestra la significancia de los coeficientes de regresión asociados a cada variable perteneciente a la dimensión ES, donde la variable dependiente es la pregunta resumen.

Tabla 10. Resultados de la regresión realizada con la variable resumen ES como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.

Código Pregunta	Pregunta	Coefficiente s tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)			6.200	.000	1.611	3.117
ES1	La dotación de médicos en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.081	1.125	.262	-.037	.133
ES2	La dotación de enfermeras en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	-.028	-.403	.688	-.096	.063
ES3	La dotación de dentistas en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.029	.449	.654	-.054	.086
ES4	La dotación de otros profesionales en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.096	1.348	.180	-.029	.155
ES5	En esta comuna, llenar cargos vacantes nos resulta fácil	-.087	-1.353	.178	-.127	.024
ES6	La rotación de médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	.017	.285	.776	-.066	.089
ES7	La rotación de otros profesionales no médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	.007	.119	.905	-.072	.082
ES8	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna son competentes técnicamente	.379	4.762	.000	.205	.496
ES9	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna están bien preparados para la APS	.221	2.780	.006	.051	.300
ES10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna tienen una buena acogida del paciente	.215	3.526	.001	.093	.332
ES11	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del personal que presta servicios de salud en los Centros de APS de la comuna	.125	2.062	.041	.003	.156

La percepción de los Directores de Salud al contestar la pregunta resumen queda determinada por la Calidad de los ES (en competencias técnicas y para la APS, y acogida por parte del paciente) y la Seguridad para el personal (en la existencia de protocolos de seguridad).

4.2.2 Enfoque Familiar

La Tabla 11 muestra las frecuencias absoluta y relativa de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” para cada pregunta de la dimensión Enfoque Familiar (EF). El análisis de esta dimensión se estructura en base a la descripción de sus siete subdimensiones: Accesibilidad, Facilidad de Atención, Tiempo de Espera, Buen Trato, Enfoque Bio-psicosocial, Orientación hacia la educación y Continuidad del cuidado.

Tabla 11. *Frecuencia absoluta y relativa de las respuestas recibidas de la dimensión Enfoque Familiar por parte de los Directores de Salud de las 345 comunas del país (n=162)*

Subdimensión	Código Pregunta	Pregunta	Frecuencia "De acuerdo" - "Muy de Acuerdo"	Frecuencia Relativa
Accesibilidad	EF1	Las demandas de salud de la población se atienden oportunamente en los Centros de APS de la comuna	98	60.49%
	EF2	Los Centros de APS de la comuna poseen cobertura completa de horas profesionales para la atención en los días sábados	27	16.67%
Facilidad de Atención	EF3	En los Centros de APS de la comuna es fácil hacerse un examen de salud preventivo	123	75.93%
	EF4	Los Centros de APS de la comuna tienen facilidades para realizar programas de actividad física	53	32.72%
Tiempo de Espera	EF5	El tiempo que el paciente espera para solicitar una hora profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	93	57.41%
	EF6	El tiempo que el paciente espera para ser atendido por un profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	112	69.14%
Buen Trato	EF7	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por la primera línea de atención de los Centros de APS de la comuna	124	76.54%
	EF8	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	145	89.51%
	EF9	El número de reclamos por problemas de trato en los Centros de APS de la comuna es bajo	135	83.33%
Enfoque Bio-psicosocial	EF10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna aplican instrumentos de evaluación familiar en la atención del paciente	90	55.56%
	EF11	Cuando es necesario en la atención de pacientes crónicos, los profesionales de los Centros de APS de la comuna citan a integrantes de la familia del paciente	87	53.70%
Orientación hacia la educación	EF12	Los médicos de los Centros de APS de la comuna explican a los pacientes sus indicaciones	130	80.25%
	EF13	Los médicos de los Centros de APS de la comuna se aseguran que el paciente entienda sus indicaciones	98	60.49%
Continuidad del Cuidado	EF14	El Equipo de Salud que atiende a un paciente es siempre el mismo	115	70.99%
	EF15	Los resultados de los exámenes de laboratorio son informados al paciente por un integrante del equipo de salud	138	85.19%

Accesibilidad

Las demandas de salud de la población son atendidas oportunamente en los CS (60.5% de los encuestados lo afirma así).

Por otro lado, la cobertura de profesionales no es completa para los días sábados (sólo un 16.7% está de acuerdo con esta afirmación).

Facilidad de Atención

La facilidad para recibir atención en los CS cambia dependiendo de si es un examen de salud preventivo o un programa de actividad física (75.9% está de acuerdo con la facilidad de realizarse los primeros mientras que sólo un 32.7% está de acuerdo con la facilidad de realizar los segundos).

Tiempo de Espera

El tiempo de espera del paciente es percibido de manera distinta, de acuerdo al servicio por el que se está preguntando: los usuarios de la APS esperan un mayor tiempo para ser atendidos que para solicitar una hora profesional (69.1% contra 57.4% está de acuerdo con las afirmaciones, respectivamente).

Buen Trato

La percepción es que las personas son tratadas de forma respetuosa en los Centros de APS y que los profesionales son percibidos con un mejor trato entregado que la primera línea de atención¹⁴ (89.5% y 76.5% de acuerdo en cada afirmación, respectivamente).

¹⁴ Concepto que se refiere fundamentalmente al personal no profesional que atiende en primaria instancia a los pacientes que lleguen a un Centro de Salud.

Los Directores de Salud señalan que el número de reclamos por problemas de trato es bajo en la mayoría de los casos (83% de acuerdo).

Enfoque Bio-psicosocial

La atención de salud en los Centros de APS del país no es regularmente entregada desde una perspectiva bio-psicosocial: los instrumentos de evaluación familiar para la atención del paciente no es una práctica habitual en los Centros de APS (sólo un 55% de los Directores de Salud están de acuerdo con esta afirmación) y la familia no es frecuentemente citada en la atención de pacientes crónicos (53% de acuerdo con la afirmación).

Orientación hacia la Educación

Con frecuencia, los médicos explican al paciente sus indicaciones (80.3% de acuerdo). Sin embargo, no siempre se aseguran que éste último entienda lo que se le está diciendo (60.5%).

Continuidad del Cuidado

La percepción es que en los Centros de APS es aplicada la continuidad del cuidado, siendo ésta con mayor fuerza en la entrega de resultados de exámenes de laboratorio (85% de acuerdo) que en la atención del mismo equipo de salud (71%).

4.2.2.1 Análisis de pregunta resumen

El Gráfico 2 muestra la frecuencia de respuesta de la pregunta resumen de Enfoque Familiar.

El rendimiento que los Directores de Salud perciben en promedio del Enfoque Familiar de los CS es regular (el promedio de las respuestas es de 5.3 y la frecuencia de respuestas más observadas se encuentra en el rango 5-6, seguida de cerca del rango 4-5).

Variable EF. Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 el Enfoque Familiar de los Centros de APS de la comuna

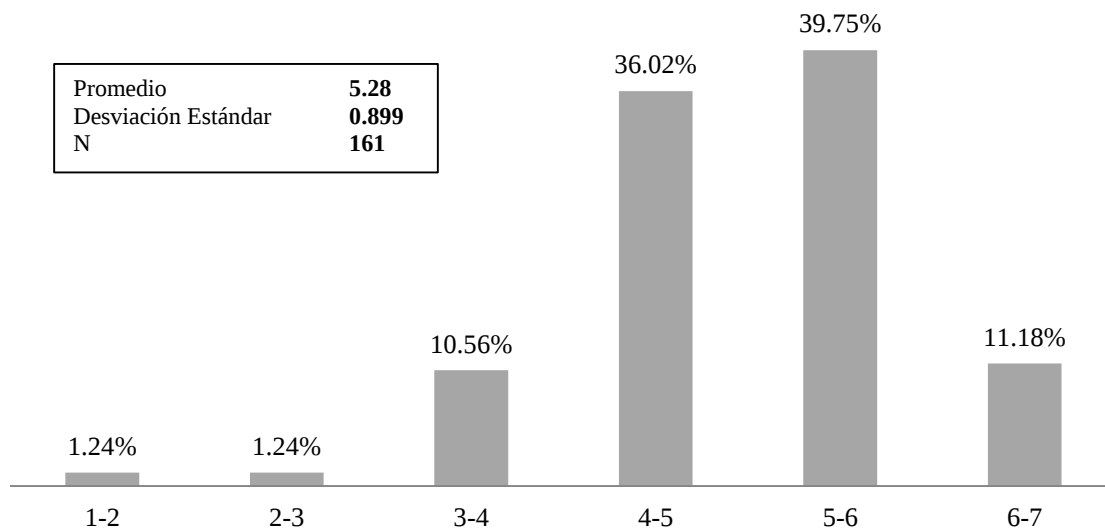


Gráfico 2. Resultados de la pregunta EF correspondiente a la variable resumen de la dimensión Enfoque Familiar. Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas.

La percepción es que la implementación del Modelo de Salud Familiar se ha llevado a cabo de manera regular, lo cual es percibido por la nota de la pregunta resumen y los insistentes comentarios que señalan este hecho.

4.2.2.2 Análisis de Componentes Principales

El Análisis de Componentes Principales del EF se estructura en dos partes: Análisis de la varianza explicada por cada componente (Tabla 12) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 13).

Tabla 12. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión EF. Se encuentran 5 componentes significativas.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	28,040	28,040
2	11,241	39,280
3	10,480	49,761
4	8,592	58,353
5	7,062	65,415
6	5,680	71,094
7	4,890	75,985
8	4,554	80,539
9	3,906	84,444
10	3,707	88,151
11	3,185	91,336
12	2,946	94,282
13	2,048	96,329
14	1,900	98,229
15	1,771	100,000

Tabla 13. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión EF.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente				
		1	2	3	4	5
EF1	Las demandas de salud de la población se atienden oportunamente en los Centros de APS de la comuna	,607	,464	-,244	,152	,046
EF2	Los Centros de APS de la comuna poseen cobertura completa de horas profesionales para la atención en los días sábados	,261	,309	,429	,436	,465
EF3	En los Centros de APS de la comuna es fácil hacerse un examen de salud preventivo	,482	,133	,431	-,305	,160
EF4	Los Centros de APS de la comuna tienen facilidades para realizar programas de actividad física	,465	,187	,518	,294	,150
EF5	El tiempo que el paciente espera para solicitar una hora profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	,505	,601	-,277	-,073	,033
EF6	El tiempo que el paciente espera para ser atendido por un profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	,546	,468	-,315	-,284	-,069
EF7	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por la primera línea de atención de los Centros de APS de la comuna	,584	-,298	,273	-,386	,157
EF8	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	,661	-,194	-,102	-,339	-,100
EF9	El número de reclamos por problemas de trato en los Centros de APS de la comuna es bajo	,642	-,088	-,246	-,251	,155
EF10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna aplican instrumentos de evaluación familiar en la atención del paciente	,470	,201	,234	,292	-,555
EF11	Cuando es necesario en la atención de pacientes crónicos, los profesionales de los Centros de APS de la comuna citan a integrantes de la familia del paciente	,479	-,275	,305	,135	-,477
EF12	Los médicos de los Centros de APS de la comuna explican a los pacientes sus indicaciones	,595	-,330	-,369	,414	,016
EF13	Los médicos de los Centros de APS de la comuna se aseguran que el paciente entienda sus indicaciones	,496	-,365	-,466	,448	,135
EF14	El Equipo de Salud que atiende a un paciente es siempre el mismo	,582	-,160	,208	-,076	-,234
EF15	Los resultados de los exámenes de laboratorio son informados al paciente por un integrante del equipo de salud	,434	-,473	,088	-,043	,345

Se observan cinco componentes significativas en este análisis. Las componentes son constituidas de la siguiente forma:

Primera componente: EF1, EF3, EF6, EF7, EF8, EF9, EF11, EF12, EF13, EF14

Segunda componente: EF5, EF15

Tercera componente: EF4

Cuarta componente: No hay ninguna variable que cargue prioritariamente a ésta componente.

Quinta componente: EF2, EF10

La primera componente del EF de un CS está conformada por todas las subdimensiones definidas en el Modelo Empírico:

- (1) Accesibilidad: Medida como la atención oportuna en los CS
- (2) Facilidad de atención: Determinada por la facilidad para realizarse un examen de salud preventivo.
- (3) Tiempo de espera: En cuanto al tiempo que un paciente espera para ser atendido
- (4) Buen Trato: Evaluado como el número de reclamos por problemas de trato y el trato respetuoso del personal.
- (5) Enfoque Bio-psicosocial: Preguntado como la citación de integrantes de la familia
- (6) Orientación hacia la educación: Conformado por la explicación y entendimiento de las indicaciones
- (7) Continuidad del cuidado: En cuanto a que el equipo de salud se mantenga para el mismo paciente.

De esta forma, la percepción es que los pilares del Modelo de Salud Familiar se conforman como un todo. Es decir, cada uno de ellos es inseparable para lograr una buena ejecución del EF en los CS.

El tiempo adecuado de espera de un paciente y la continuidad del cuidado, en cuanto a la información de exámenes de laboratorio, conforman la segunda componente del EF de un CS.

La promoción de la actividad física por parte de un CS conforma la tercera componente, explicando, con una única variable (EF4), un 10% de la varianza observada.

La accesibilidad, en cuanto a la cobertura de un CS los días sábados, y el enfoque biopsicosocial, en cuanto a la aplicación de instrumentos de atención familiar en los CS primarios, conforman la quinta componente de la dimensión EF.

El Modelo de Salud Familiar (dimensionado según el Modelo Empírico de esta investigación) representa parcialmente al EF que un CS posee (65% de la varianza observada).

4.2.2.3 Análisis de Correlación

La Tabla 14 muestra los resultados del Análisis de Correlación entre cada variable perteneciente a la dimensión EF y la variable resumen de esta dimensión.

Tabla 14. *Correlación de cada variable de la dimensión EF con su variable resumen y su significancia.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación	Significancia
EF		1.000	.
EF1	Las demandas de salud de la población se atienden oportunamente en los Centros de APS de la comuna	.394	.000
EF2	Los Centros de APS de la comuna poseen cobertura completa de horas profesionales para la atención en los días sábados	.124	.060
EF3	En los Centros de APS de la comuna es fácil hacerse un examen de salud preventivo	.341	.000
EF4	Los Centros de APS de la comuna tienen facilidades para realizar programas de actividad física	.319	.000
EF5	El tiempo que el paciente espera para solicitar una hora profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	.303	.000
EF6	El tiempo que el paciente espera para ser atendido por un profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	.384	.000
EF7	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por la primera línea de atención de los Centros de APS de la comuna	.364	.000
EF8	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	.426	.000
EF9	El número de reclamos por problemas de trato en los Centros de APS de la comuna es bajo	.324	.000
EF10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna aplican instrumentos de evaluación familiar en la atención del paciente	.512	.000
EF11	Cuando es necesario en la atención de pacientes crónicos, los profesionales de los Centros de APS de la comuna citan a integrantes de la familia del paciente	.349	.000
EF12	Los médicos de los Centros de APS de la comuna explican a los pacientes sus indicaciones	.363	.000
EF13	Los médicos de los Centros de APS de la comuna se aseguran que el paciente entienda sus indicaciones	.292	.000
EF14	El Equipo de Salud que atiende a un paciente es siempre el mismo	.402	.000
EF15	Los resultados de los exámenes de laboratorio son informados al paciente por un integrante del equipo de salud	.173	.015

Todas las variables presentan una correlación significativa con la variable resumen. Sin embargo, no todas poseen la misma intensidad.

La percepción es que la cobertura de profesionales los días sábados y la entrega de resultados de exámenes por el mismo equipo de salud, son dos conceptos que no son recogidos en la evaluación del EF de un CS (correlación de 0.124 y 0.173, respectivamente).

Los conceptos de buen trato de los profesionales, la aplicación de instrumentos de evaluación familiar y la atención del paciente por el mismo equipo de salud conforman, en su mayoría, la percepción del EF de los encuestados (correlación de 0.426, 0.512 y 0.402, respectivamente).

4.2.2.4 Análisis de Regresión

La Tabla 15 muestra la significancia de los coeficientes de regresión asociados a cada variable perteneciente a la dimensión EF, donde la variable dependiente es la pregunta resumen.

Tabla 15. Resultados de la regresión realizada con la variable resumen EF como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.

Código Pregunta	Pregunta	Coefficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)			3.879	.000	.763	2.350
EF1	Las demandas de salud de la población se atienden oportunamente en los Centros de APS de la comuna	.129	1.517	.131	-.034	.260
EF2	Los Centros de APS de la comuna poseen cobertura completa de horas profesionales para la atención en los días sábados	-.002	-.023	.982	-.114	.111
EF3	En los Centros de APS de la comuna es fácil hacerse un examen de salud preventivo	.130	1.834	.069	-.009	.231
EF4	Los Centros de APS de la comuna tienen facilidades para realizar programas de actividad física	.014	.194	.847	-.096	.117
EF5	El tiempo que el paciente espera para solicitar una hora profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	-.030	-.381	.704	-.163	.110
EF6	El tiempo que el paciente espera para ser atendido por un profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	.141	1.765	.080	-.016	.274
EF7	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por la primera línea de atención de los Centros de APS de la comuna	.164	2.012	.046	.003	.311
EF8	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	.099	1.255	.211	-.070	.313
EF9	El número de reclamos por problemas de trato en los Centros de APS de la comuna es bajo	-.027	-.347	.729	-.175	.123
EF10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna aplican instrumentos de evaluación familiar en la atención del paciente	.314	4.512	.000	.132	.338
EF11	Cuando es necesario en la atención de pacientes crónicos, los profesionales de los Centros de APS de la comuna citan a integrantes de la familia del paciente	.050	.715	.476	-.067	.144
EF12	Los médicos de los Centros de APS de la comuna explican a los pacientes sus indicaciones	.058	.659	.511	-.126	.252
EF13	Los médicos de los Centros de APS de la comuna se aseguran que el paciente entienda sus indicaciones	.124	1.452	.149	-.041	.270
EF14	El Equipo de Salud que atiende a un paciente es siempre el mismo	.102	1.408	.161	-.035	.211
EF15	Los resultados de los exámenes de laboratorio son informados al paciente por un integrante del equipo de salud	-.076	-1.080	.282	-.233	.068

El mejor trato al paciente de la primera línea de atención y la aplicación de instrumentos de evaluación familiar en la atención del paciente poseen un impacto positivo sobre la evaluación del EF de una comuna (ambas variables son las únicas que presentan un coeficiente de regresión significativo).

Los principios de Accesibilidad, continuidad del cuidado, orientación hacia la educación, facilidad de atención y los tiempos de espera, no representan un impacto significativo sobre la percepción del EF en la comuna.

4.2.3 Calidad del Proceso

La Tabla 16 muestra las frecuencias absoluta y relativa de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” para cada pregunta de la dimensión Calidad del Proceso (CP). El análisis de esta dimensión se estructura en base a la descripción de sus dos subdimensiones: Soporte para las decisiones y Recursos y Servicios.

Tabla 16. *Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión Calidad del Proceso (CP) (n=153).*

Subdimensión	Código Pregunta	Pregunta	Frecuencia "De acuerdo" - "Muy de Acuerdo"	Frecuencia Relativa
Soporte para las decisiones	CP1	El protocolo de manejo de pacientes crónicos está disponible en los box de atención de los Centros de APS de la comuna	88	57.52%
	CP2	Los protocolos de manejo de pacientes crónicos han sido validados localmente	75	49.02%
	CP3	Los equipos de salud aplican los protocolos de pacientes crónicos en los Centros de APS de la comuna	96	62.75%
Recursos y Servicios	CP4	El equipamiento en los Centros de APS de la comuna es apropiado	68	44.74%
	CP5	Las condiciones de infraestructura de los Centros de APS de la comuna son adecuadas	32	21.05%
	CP6	Los Centros de APS de la comuna realizan gestión de reclamos	142	93.42%
	CP7	La disponibilidad de exámenes de laboratorio es adecuada en los Centros de APS de la comuna	100	65.79%
	CP8	La disponibilidad de medicamentos comprados por la comuna para pacientes crónicos es adecuada en los Centros de APS de la comuna	95	62.91%
	CP9	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del paciente en los Centros de APS de la comuna	46	30.46%

Soporte para las decisiones

La percepción es que existe una protocolización parcial de la atención de salud, expresado en base a las siguientes dos observaciones:

- (1) Los protocolos de manejo de pacientes crónicos en su mayoría son aplicados en los Centros de APS del país (un 62.8% lo afirma así), pese a no estar validados localmente (49%).

- (2) El uso de protocolos en los box de atención no responde a lo esperado (sólo un 57.5% de respuestas con acuerdo en esta pregunta).

Recursos y Servicios

Tanto el equipamiento como la infraestructura son problemas recurrentes en todos los CS del país (sólo el 45% y 21%, respectivamente, señalan estar de acuerdo con la afirmación de que el equipamiento e infraestructura son adecuados), lo que muestra una enorme carencia de estos recursos para la APS.

La mayoría de los Centros de APS realizan gestión de reclamos con sus pacientes (93.4% de los encuestados lo afirma así).

La gestión logística (disponibilidad de medicamentos y exámenes de laboratorio) al interior de cada CS posee dos grandes características:

- (1) Es realizada, en promedio, de forma regular en cuanto a la disponibilidad de servicios de exámenes de laboratorio y de medicamentos (66% y 63% de acuerdo, respectivamente).
- (2) Los encuestados no muestran estar indiferentes frente a esta situación, separándose similarmente entre acuerdos y no acuerdos (Gráfico 6 y 7).

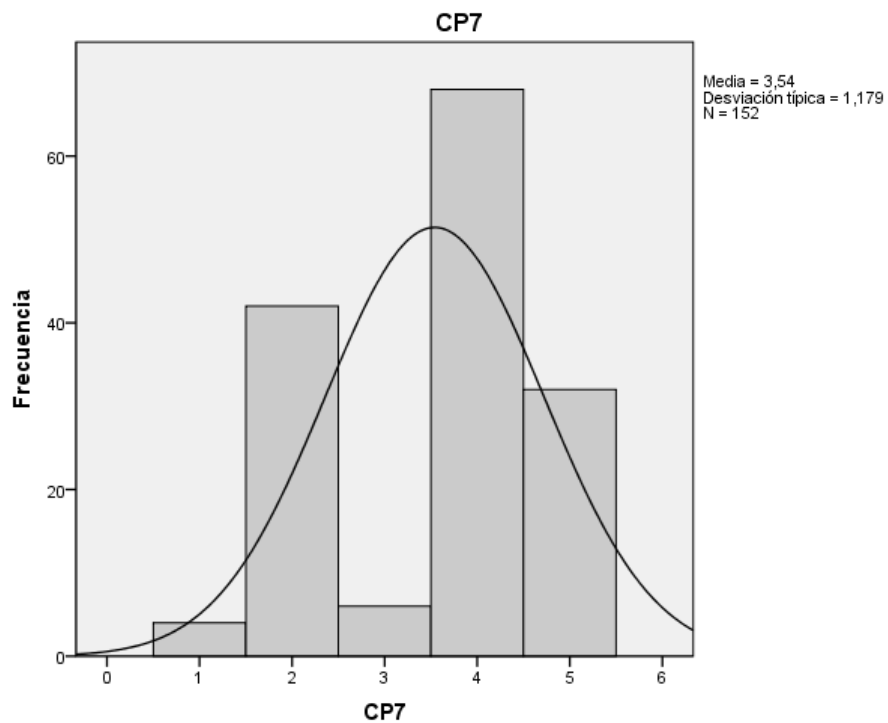


Gráfico 3. Distribución de las respuestas de la pregunta CP7, en conjunto a su promedio, desviación estándar y número de respuestas analizadas.

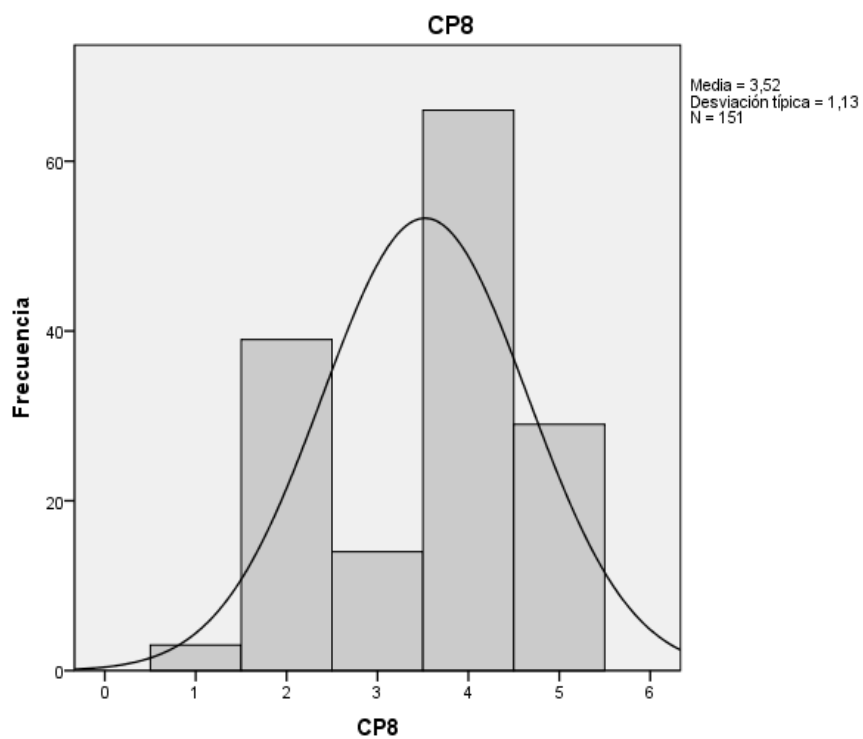


Gráfico 4. Distribución de las respuestas de la pregunta CP8, en conjunto a su promedio, desviación estándar y número de respuestas analizadas

Por último, son muy pocos los Centros que poseen protocolos de seguridad para el paciente (30.5% de acuerdo con la afirmación).

4.2.3.1 Análisis de pregunta resumen

El Gráfico 5 muestra la frecuencia de respuesta de la pregunta resumen de Calidad del Proceso.

La Calidad del Proceso de atención es evaluada regularmente por los Directores de Salud (promedio de 5.21, rango de mayor frecuencia entre 5 y 6 (37.1%) y una alta frecuencia de notas entre 4 y 5 (33.8%)), lo que se complementa a los insistentes comentarios recibidos justificando la nota.

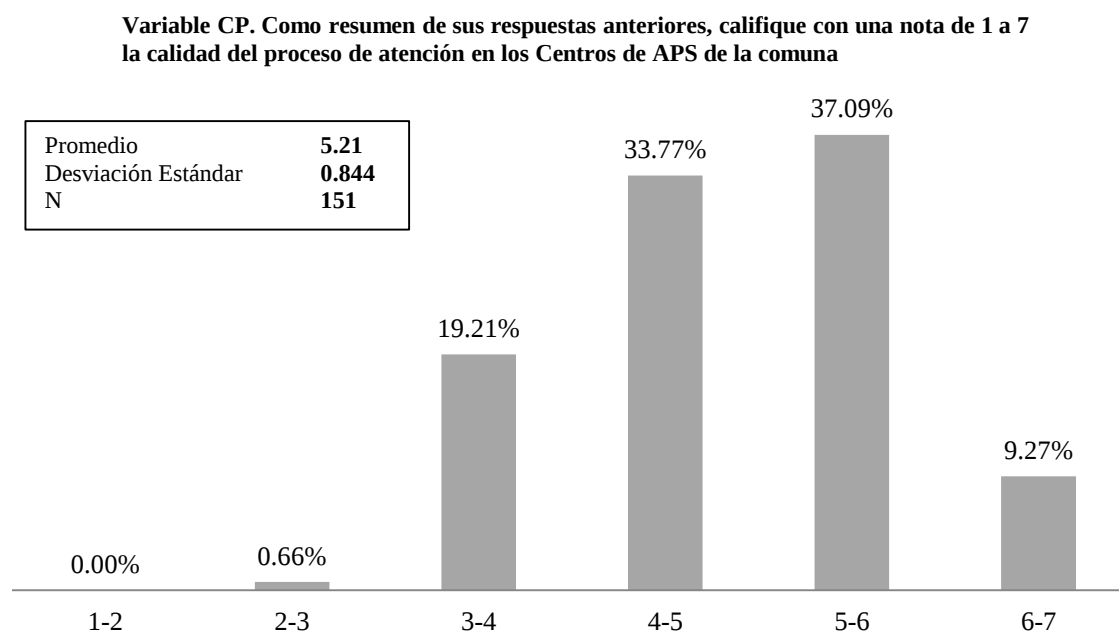


Gráfico 5. Resultados de la pregunta CP correspondiente a la variable resumen de la dimensión Calidad del Proceso (CP). Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas.

La opinión con respecto a la CP posee una mayor heterogeneidad entre las comunas (desviación estándar de 0.84 y coeficiente de variación de 0.16).

4.2.3.2 Análisis de Componentes Principales

El Análisis de Componentes Principales de la CP se estructura en dos partes: Análisis de la varianza explicada por cada componente (Tabla 17) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 18).

Tabla 17. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión CP. Se encuentran 3 componentes significativas.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	33,863	33,863
2	17,997	51,860
3	13,526	65,385
4	8,794	74,179
5	7,199	81,378
6	5,743	87,121
7	4,979	92,100
8	4,119	96,219
9	3,781	100,000

Tabla 18. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión CP.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente		
		1	2	3
CP1	El protocolo de manejo de pacientes crónicos está disponible en los box de atención de los Centros de APS de la comuna	,692	-,481	-,070
CP2	Los protocolos de manejo de pacientes crónicos han sido validados localmente	,749	-,365	-,098
CP3	Los equipos de salud aplican los protocolos de pacientes crónicos en los Centros de APS de la comuna	,665	-,457	,188
CP4	El equipamiento en los Centros de APS de la comuna es apropiado	,485	,641	-,300
CP5	Las condiciones de infraestructura de los Centros de APS de la comuna son adecuadas	,454	,548	-,462
CP6	Los Centros de APS de la comuna realizan gestión de reclamos	,357	,185	,644
CP7	La disponibilidad de exámenes de laboratorio es adecuada en los Centros de APS de la comuna	,526	,426	,470
CP8	La disponibilidad de medicamentos comprados por la comuna para pacientes crónicos es adecuada en los Centros de APS de la comuna	,611	,284	,210
CP9	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del paciente en los Centros de APS de la comuna	,589	-,194	-,430

Existen tres componentes significativas, las cuales explican un 65% de la varianza de la dimensión:

Primera componente: CP1, CP2, CP3, CP7, CP8, CP9

Segunda componente: CP4, CP5

Tercera componente: CP6

La subdimensión Soporte para las Decisiones (que se refiere a la protocolización de la atención) y la disponibilidad de servicios y protocolos de seguridad en un CS, conforman la primera componente.

El equipamiento e infraestructura que un CS posea conforma la segunda componente de la CP, lo cual es constantemente mencionado en los comentarios de las preguntas resumen.

Por último la gestión de reclamos que un CS realiza conforma la tercera componente significativa de la CP.

4.2.3.3 Análisis de Correlación

La Tabla 19 muestra los resultados del Análisis de Correlación entre cada variable perteneciente a la dimensión CP y la variable resumen de esta dimensión.

Tabla 19. *Correlación de cada variable de la dimensión CP con la variable resumen y su significancia*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación	Significancia
CP		1.000	
CP1	El protocolo de manejo de pacientes crónicos está disponible en los box de atención de los Centros de APS de la comuna	.399	.000
CP2	Los protocolos de manejo de pacientes crónicos han sido validados localmente	.450	.000
CP3	Los equipos de salud aplican los protocolos de pacientes crónicos en los Centros de APS de la comuna	.414	.000
CP4	El equipamiento en los Centros de APS de la comuna es apropiado	.432	.000
CP5	Las condiciones de infraestructura de los Centros de APS de la comuna son adecuadas	.317	.000
CP6	Los Centros de APS de la comuna realizan gestión de reclamos	.243	.001
CP7	La disponibilidad de exámenes de laboratorio es adecuada en los Centros de APS de la comuna	.350	.000
CP8	La disponibilidad de medicamentos comprados por la comuna para pacientes crónicos es adecuada en los Centros de APS de la comuna	.382	.000
CP9	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del paciente en los Centros de APS de la comuna	.355	.000

El Modelo Empírico está ampliamente correlacionado con la apreciación global de la dimensión (todas las variables presentan una correlación significativa con la variable resumen).

Por otro lado, la gestión de reclamos de un CS no se correlaciona fuertemente (menor a 0.3) con la apreciación global que los Directores de Salud poseen sobre la calidad del proceso de atención.

4.2.3.4 Análisis de Regresión

La Tabla 20 muestra la significancia de los coeficientes de regresión asociados a cada variable perteneciente a la dimensión CP, donde la variable dependiente es la pregunta resumen.

Tabla 20. *Resultados de la regresión realizada con la variable resumen CP como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.*

Código Pregunta	Pregunta	Coefficiente s tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)			6.570	.000	1.687	3.140
CP1	El protocolo de manejo de pacientes crónicos está disponible en los box de atención de los Centros de APS de la comuna	.102	1.166	.246	-.047	.183
CP2	Los protocolos de manejo de pacientes crónicos han sido validados localmente	.115	1.277	.204	-.045	.208
CP3	Los equipos de salud aplican los protocolos de pacientes crónicos en los Centros de APS de la comuna	.194	2.282	.024	.020	.283
CP4	El equipamiento en los Centros de APS de la comuna es apropiado	.285	3.489	.001	.089	.321
CP5	Las condiciones de infraestructura de los Centros de APS de la comuna son adecuadas	.040	.510	.611	-.078	.132
CP6	Los Centros de APS de la comuna realizan gestión de reclamos	.080	1.155	.250	-.067	.257
CP7	La disponibilidad de exámenes de laboratorio es adecuada en los Centros de APS de la comuna	.093	1.212	.228	-.042	.176
CP8	La disponibilidad de medicamentos comprados por la comuna para pacientes crónicos es adecuada en los Centros de APS de la comuna	.095	1.249	.214	-.041	.183
CP9	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del paciente en los Centros de APS de la comuna	.109	1.452	.149	-.030	.193

El cumplimiento de los protocolos de manejo de EC y el equipamiento disponible en un CS presentan un impacto positivo sobre la percepción que los Directores poseen sobre la CP de atención.

Por otra parte, el equipamiento e infraestructura impactan distintamente en este análisis: sólo el primero genera un impacto significativo. Este hecho no se observó en los comentarios de esta dimensión, donde ambos conceptos se relacionaban frecuentemente y eran mencionados en conjunto.

Finalmente, la protocolización de la atención impacta sobre la percepción global de los encuestados en cuanto al cumplimiento y uso de los protocolos establecidos y no en la existencia de éstos.

4.2.4 Coordinación con la Red

La Tabla 22 muestra las frecuencias absoluta y relativa de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” para cada pregunta de la dimensión Coordinación con la Red (CR). El análisis de esta dimensión se estructura en base a la descripción de sus seis subdimensiones: Información, Protocolos de derivación, Funcionamiento de la red, Frecuencia de derivación, Apoyo al paciente e Interconsultas.

Tabla 21. *Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión Coordinación con la Red (CR) (n=150).*

Subdimensión	Código Pregunta	Pregunta	Frecuencia "De acuerdo" - "Muy de Acuerdo"	Frecuencia Relativa
Información	CR1	Los Centros de APS de la comuna tienen disponible la información sobre las redes locales	121	80.67%
Protocolos de derivación	CR2	En los Centros de APS de la comuna la derivación a otras instancias de la red sanitaria opera de acuerdo al protocolo	118	78.67%
Funcionamiento de la Red	CR3	La red de servicios de salud local bajo su administración responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	89	59.73%
	CR4	La red de servicios de salud secundarios y terciarios responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	33	22.15%
Frecuencia de derivación	CR5	Los profesionales de salud de los Centros de APS de la comuna derivan a los pacientes a un especialista sólo cuando es necesario	131	87.92%
Apoyo al paciente	CR6	Los Centros de APS de la comuna dan apoyo a los pacientes vulnerables para ser atendidos en otro nivel de atención	126	85.14%
Interconsulta	CR7	En los Centros de APS de la comuna hay gestión de interconsultas	133	89.86%

Información

La información de las redes locales se encuentra disponible en los Centros de APS (un 80.6% está de acuerdo con la afirmación y solo 4 personas respondieron ““Muy en desacuerdo” a esta pregunta).

Protocolos de derivación

El proceso de derivación a otras instancias de la red sanitaria funciona de acuerdo al protocolo (78.7%).

Funcionamiento de la Red

Las redes de servicios de salud no responden satisfactoriamente a los requerimientos de la población. Sin embargo, su respuesta es evaluada en distintos grados:

- (1) La red de salud local responde regularmente (60% lo afirma así)
- (2) La red de servicios secundarios y terciarios responde inadecuadamente (22.2% de acuerdo, sólo 6 personas están “Muy de acuerdo” y el 65% está en desacuerdo).

Frecuencia de derivación

Los profesionales de salud derivan a un especialista, en la mayoría de los casos, solo cuando es necesario (88% de acuerdo), lo que muestra que los Centros de APS del país presentan un buen nivel de resolutivez ¹⁵ con la atención.

Apoyo al paciente

Las comunas dan constantemente apoyo a los pacientes vulnerables para la atención en otros niveles (85% de acuerdo).

Interconsulta

En la mayoría de los Centros de APS del país se realiza gestión de interconsultas (90% lo afirma así).

4.2.4.1 Análisis de pregunta resumen

El Gráfico 6 muestra la frecuencia de respuesta de la pregunta resumen de Coordinación con la Red.

¹⁵ La resolutivez en la APS es medida como el grado en el que las demandas de la población son resueltas en el nivel primario y no es necesaria su derivación.

La Coordinación con la Red en los CS es evaluada regularmente por los Directores de Salud (promedio de 5.49, rango de mayor frecuencia entre 5 y 6 (48%) y una alta frecuencia de notas entre 4 y 5 (27.7%)), lo que se complementa a los insistentes comentarios recibidos justificando la nota.

Variable CR. Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 el funcionamiento de las Redes de Salud para los requerimientos de los pacientes de la comuna

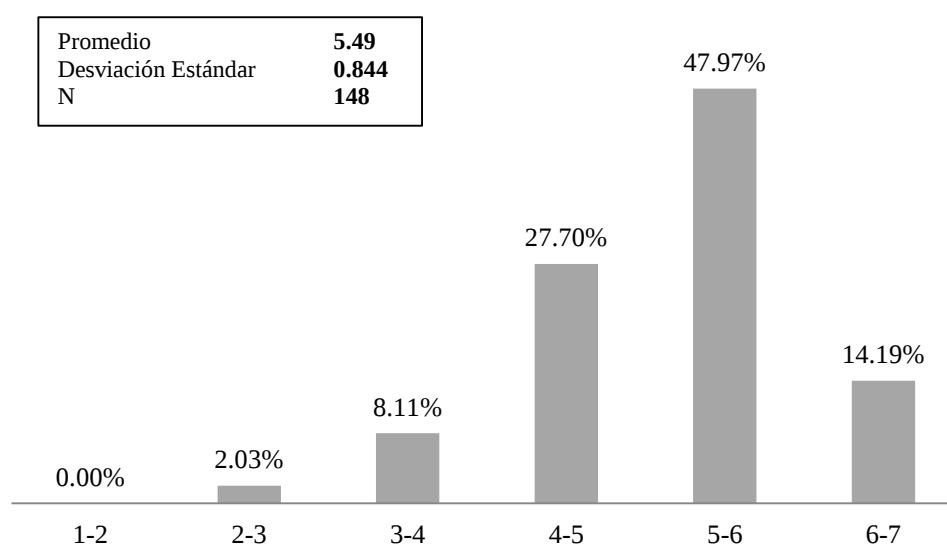


Gráfico 6. Resultados de la pregunta CR correspondiente a la variable resumen de la dimensión Coordinación con la Red (CR). Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas

4.2.4.2 Análisis de Componentes Principales

El Análisis de Componentes Principales de la CR se estructura en dos partes: Análisis de la varianza explicada por cada componente (Tabla 22) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 23).

Tabla 22. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión CR. Se encuentran 2 componentes significativas.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	42,367	42,367
2	15,266	57,632
3	13,546	71,179
4	10,759	81,938
5	8,209	90,147
6	5,334	95,481
7	4,519	100,000

Tabla 23. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión CR.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente	
		1	2
CR1	Los Centros de APS de la comuna tienen disponible la información sobre las redes locales	,690	-,022
CR2	En los Centros de APS de la comuna la derivación a otras instancias de la red sanitaria opera de acuerdo al protocolo	,761	,041
CR3	La red de servicios de salud local bajo su administración responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	,423	,683
CR4	La red de servicios de salud secundarios y terciarios responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	,418	,616
CR5	Los profesionales de salud de los Centros de APS de la comuna derivan a los pacientes a un especialista sólo cuando es necesario	,696	-,282
CR6	Los Centros de APS de la comuna dan apoyo a los pacientes vulnerables para ser atendidos en otro nivel de atención	,689	-,144
CR7	En los Centros de APS de la comuna hay gestión de interconsultas	,774	-,346

El análisis arroja que existen dos componentes significativas, que explican el 57.6% de la varianza de esta dimensión:

Primera Componente: CR1, CR2, CR5, CR6, CR7

Segunda Componente: CR3, CR4

La gestión que un CS realiza para coordinarse con las redes que lo circundan conforma la primera componente, en cuanto a la información de redes locales, el proceso de derivación y la gestión de interconsulta.

El funcionamiento de las redes, administradas por un CS y por el nivel secundario y terciario, conforma la segunda componente del análisis.

4.2.4.3 Análisis de Correlación

La Tabla 24 muestra los resultados del Análisis de Correlación entre cada variable perteneciente a la dimensión CR y la variable resumen de esta dimensión.

Tabla 24. *Correlación de cada variable de la dimensión CR con su variable resumen y su significancia.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación	Significancia
CR		1.000	.
CR1	Los Centros de APS de la comuna tienen disponible la información sobre las redes locales	.273	.000
CR2	En los Centros de APS de la comuna la derivación a otras instancias de la red sanitaria opera de acuerdo al protocolo	.429	.000
CR3	La red de servicios de salud local bajo su administración responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	.408	.000
CR4	La red de servicios de salud secundarios y terciarios responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	.395	.000
CR5	Los profesionales de salud de los Centros de APS de la comuna derivan a los pacientes a un especialista sólo cuando es necesario	.357	.000
CR6	Los Centros de APS de la comuna dan apoyo a los pacientes vulnerables para ser atendidos en otro nivel de atención	.445	.000
CR7	En los Centros de APS de la comuna hay gestión de interconsultas	.415	.000

El Modelo Empírico está ampliamente correlacionado con la apreciación global de la dimensión (todas las variables presentan una correlación significativa con la variable resumen).

Por otra parte, la disponibilidad de la información de las redes locales no se correlaciona fuertemente (menor a 0.3) con la percepción de los Directores de Salud sobre la CR.

4.2.4.4 Análisis de Regresión

La Tabla 25 muestra la significancia de los coeficientes de regresión asociados a cada variable perteneciente a la dimensión CR, donde la variable dependiente es la pregunta resumen.

Tabla 25. *Resultados de la regresión realizada con la variable resumen CR como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.*

Código Pregunta	Pregunta	Coeficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)			5.975	.000	1.515	3.013
CR1	Los Centros de APS de la comuna tienen disponible la información sobre las redes locales	-.087	-1.006	.316	-.237	.077
CR2	En los Centros de APS de la comuna la derivación a otras instancias de la red sanitaria opera de acuerdo al protocolo	.224	2.445	.016	.037	.348
CR3	La red de servicios de salud local bajo su administración responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	.243	3.473	.001	.087	.318
CR4	La red de servicios de salud secundarios y terciarios responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	.206	2.964	.004	.054	.271
CR5	Los profesionales de salud de los Centros de APS de la comuna derivan a los pacientes a un especialista sólo cuando es necesario	.042	.516	.607	-.134	.229
CR6	Los Centros de APS de la comuna dan apoyo a los pacientes vulnerables para ser atendidos en otro nivel de atención	.197	2.368	.019	.035	.394
CR7	En los Centros de APS de la comuna hay gestión de interconsultas	.153	1.714	.089	-.024	.331

La operación de los protocolos de derivación posee un impacto positivo sobre la percepción de la CR de un CS.

A su vez, el funcionamiento de las redes que circundan un CS permite explicar una buena percepción de los Directores de Salud con la CR de su comuna.

Por último, el apoyo que un CS otorgue al paciente para su derivación impacta positivamente sobre la percepción de la CR que los encuestados muestran.

4.2.5 Sistemas de Información

La Tabla 26 muestra las frecuencias absoluta y relativa de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” para cada pregunta de la dimensión Sistemas de Información (SI). El análisis de esta dimensión se estructura en base a la descripción de sus seis subdimensiones: Disponibilidad, Calidad, Ficha Clínico-sanitaria, Decisiones Gestión, Decisiones Clínico-sanitarias y sistemas de enfermedades crónicas.

Tabla 26. Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión Sistemas de Información (SI), n=148.

Subdimensión	Código Pregunta	Pregunta	Frecuencia "De acuerdo" - "Muy de Acuerdo"	Frecuencia Relativa
Disponibilidad	SI1	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna está disponible al momento de la atención	130	87.84%
Calidad	SI2	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna es de buena calidad	110	74.32%
Ficha Clínica	SI3	Los Centros de APS de la comuna poseen ficha clínica electrónica	49	33.11%
Decisiones Gestión	SI4	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones de gestión	57	38.51%
Decisiones Clínicas	SI5	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones clínicas	49	33.11%
Sistema de enfermedades crónicas	SI6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información sobre resultados de enfermedades crónicas que apoya la toma de decisiones	45	30.41%

Disponibilidad y Calidad

La información clínica del paciente se encuentra disponible al momento de la atención en la mayoría de los casos (87% de los encuestados lo afirma así) y es de buena calidad (74.3%).

Ficha clínica y sistemas

Son pocos los CS que poseen ficha clínica electrónica (33.1%)¹⁶ y sistemas de información que apoyen la toma de decisiones, tanto clínica (33.1%) como de gestión (38.5%).

¹⁶ Esta pregunta posee un comportamiento binario (Si o No): 75 personas marcaron “Muy en desacuerdo” para señalar el hecho que sus CS no poseían este sistema de información.

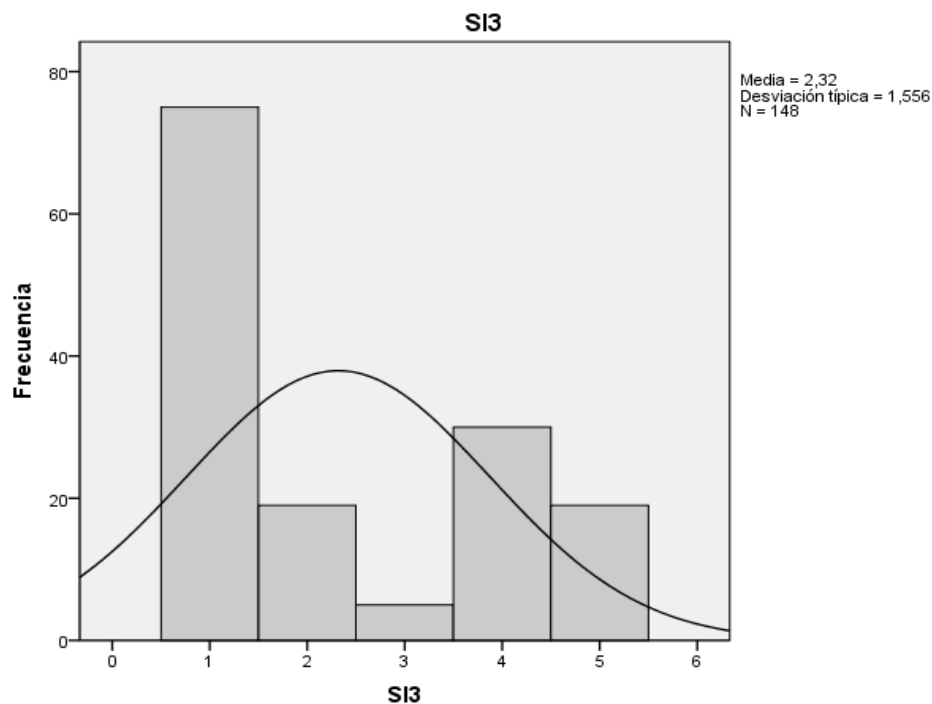
Dentro de los municipios que poseen sistemas de información para apoyar la toma de decisiones, existe una preferencia hacia la presencia de sistemas para las decisiones de gestión por sobre las decisiones clínicas

Sistema de Enfermedades Crónicas

La presencia de sistemas de información para apoyar el manejo de las EC en la población es bajo (30%).

4.2.5.1 Análisis de pregunta resumen

El Gráfico 7 muestra la frecuencia de respuesta de la pregunta resumen de Sistemas de Información.



Los Sistemas de Información en los CS son mal evaluados por los Directores de Salud (promedio de 4.43, rango de mayor frecuencia entre 4 y 5 (25%) y una alta frecuencia de notas entre 3 y 4 (23%)).

Variable SI. Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 los sistemas de información de los Centros de APS de la comuna

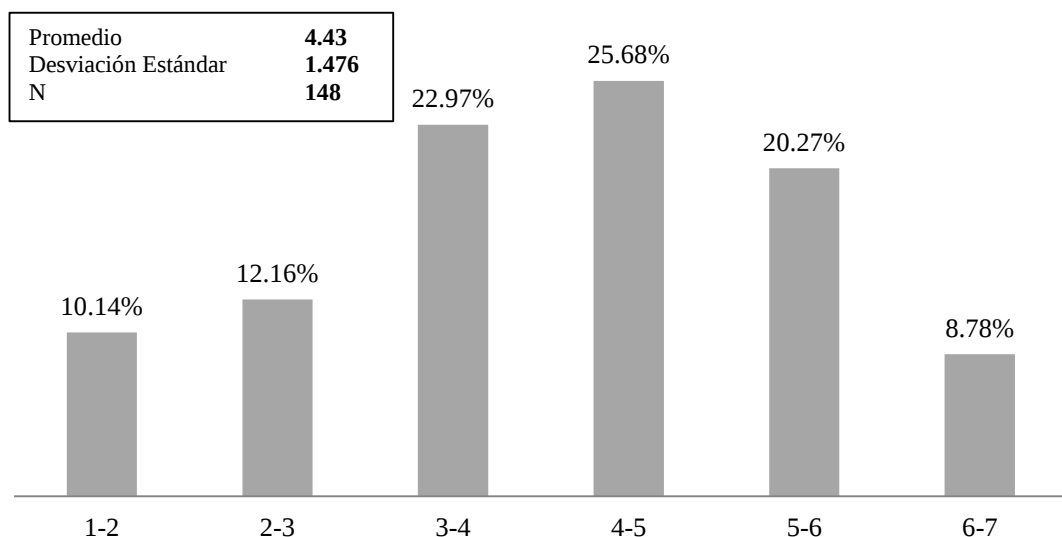


Gráfico 7. Resultados de la pregunta SI correspondiente a la variable resumen de la dimensión Sistemas de Información (SI). Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas

La distribución de las respuestas posee características similares a una distribución Normal¹⁷.

La realidad de los Sistemas de Información a nivel nacional es muy diferente entre una comuna y otra, puesto que la dispersión es bastante alta (desviación estándar de 1.476 y un coeficiente de variación de 0.33).

Finalmente, existe un gran déficit de sistemas de información en la mayoría de los Centros de APS del país, lo cual es confirmado por los insistentes comentarios que reflejan esta realidad.

¹⁷ Esta distribución es llamada “de Gauss” y representa la conocida “campana de Gauss”, la cual es descrita por los parámetros poblacionales de la Media y Desviación Estándar.

4.2.5.2 Análisis de Componentes Principales

El Análisis de Componentes Principales de los SI se estructura en dos partes: Análisis de la varianza explicada por cada componente (Tabla 27) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 28).

Tabla 27. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión SI. Se encuentran 2 componentes significativas.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	55,434	55,434
2	21,724	77,158
3	8,608	85,766
4	7,739	93,505
5	3,789	97,294
6	2,706	100,000

Tabla 28. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión SI.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente	
		1	2
SI1	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna está disponible al momento de la atención	,191	,871
SI2	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna es de buena calidad	,504	,671
SI3	Los Centros de APS de la comuna poseen ficha clínica electrónica	,860	-,181
SI4	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones de gestión	,900	-,169
SI5	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones clínicas	,919	-,179
SI6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información sobre resultados de enfermedades crónicas que apoya la toma de decisiones	,801	-,040

Existen dos componentes significativas que explican un 77% de la varianza de la dimensión. Estas componentes se conforman por las siguientes variables:

Primera componente: SI3, SI4, SI5, SI6

Segunda componente: SI1, SI2

La percepción de Directores de Salud Municipal de los SI se compone principalmente de los siguientes elementos:

- (1) La existencia de SI en los CS de cada comuna, lo que conforma la primera componente de esta dimensión.
- (2) La presencia y calidad de información clínica del paciente, lo que conforma la segunda componente de esta dimensión.

Por otra parte, la existencia de sistemas electrónicos de información en los CS (primera componente) explican más de la mitad (55.4%) de la variabilidad de las opiniones sobre los SI de los Centros de APS del país.

4.2.5.3 Análisis de Correlación

La Tabla 29 muestra los resultados del Análisis de Correlación entre cada variable perteneciente a la dimensión SI y la variable resumen de esta dimensión.

Tabla 29. *Correlación de cada variable de la dimensión SI con su variable resumen y su significancia.*

Código	Pregunta	Correlación	Significancia
Pregunta			
SI		1.000	.
SI1	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna está disponible al momento de la atención	.204	.007
SI2	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna es de buena calidad	.395	.000
SI3	Los Centros de APS de la comuna poseen ficha clínica electrónica	.583	.000
SI4	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones de gestión	.685	.000
SI5	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones clínicas	.677	.000
SI6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información sobre resultados de enfermedades crónicas que apoya la toma de decisiones	.634	.000

El Modelo Empírico está ampliamente correlacionado con la apreciación global de la dimensión (todas las variables presentan una correlación significativa con la variable resumen).

Por otra parte, la disponibilidad de la información clínica del paciente al momento de la atención se correlaciona débilmente (menor a 0.3) con la percepción de los Directores de Salud sobre la dimensión SI.

Por último, la pregunta resumen está representada fundamentalmente por la presencia de sistemas electrónicos que permitan el apoyo a la toma de decisiones (la correlación de las preguntas SI4, SI5 y SI6 es mayor a 0.6).

4.2.5.4 Análisis de Regresión

La Tabla 30 muestra la significancia de los coeficientes de regresión asociados a cada variable perteneciente a la dimensión SI, donde la variable dependiente es la pregunta resumen.

Tabla 30. Resultados de la regresión realizada con la variable resumen SI como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.

Código Pregunta	Pregunta	Coefficiente tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		Beta			Límite inferior	Límite superio r
(Constante)			1.966	.051	-.006	1.954
SI1	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna está disponible al momento de la atención	.099	1.584	.115	-.050	.449
SI2	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna es de buena calidad	.109	1.642	.103	-.035	.379
SI3	Los Centros de APS de la comuna poseen ficha clínica electrónica	.021	.223	.823	-.152	.191
SI4	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones de gestión	.314	2.952	.004	.102	.515
SI5	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones clínicas	.196	1.700	.091	-.033	.431
SI6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información sobre resultados de enfermedades crónicas que apoya la toma de decisiones	.241	3.097	.002	.097	.439

La presencia de sistemas electrónicos que apoyen la toma de decisiones de gestión y el control de EC impactan positivamente sobre la opinión general que los Directores de Salud poseen sobre los SI de los CS.

4.2.6 Prácticas de Gestión

La Tabla 31 muestra las frecuencias absoluta y relativa de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” para cada pregunta de la dimensión Prácticas de Gestión (PG). El análisis de esta dimensión se estructura en base a la descripción de sus cuatro subdimensiones: Gestión del cambio, Capacitación, Sofisticación y Clima Laboral.

Tabla 31. Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión Prácticas de Gestión (PG) (n=145).

Subdimensión	Código Pregunta	Pregunta	Frecuencia "De acuerdo" - "Muy de Acuerdo"	Frecuencia Relativa
Gestión del cambio	PG1	Los Centros de APS de la comuna promueven la generación y adopción de buenas prácticas para otorgar servicios	112	77.24%
	PG2	Las propuestas de cambios para mejorar la atención son bien aceptadas por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	94	64.83%
Capacitación	PG3	En los Centros de APS de la comuna, la capacitación se orienta a las brechas de competencias de los equipos	104	71.72%
	PG4	En los Centros de APS de la comuna, se respeta el tiempo para la capacitación de los equipos	122	84.14%
	PG5	Los equipos de salud realizan auto-observación y evaluación de sus prácticas	45	31.03%
	PG6	La capacitación local referida al protocolo de manejo de pacientes crónicos es apropiada	74	51.03%
Sofisticación	PG7	En los Centros de APS de la comuna regularmente se comparan los rendimientos con el de otros Centros de APS y/o con estándares más elevados	67	46.21%
Clima Laboral	PG8	En los Centros de APS de la comuna existen actividades concretas para mejorar el clima laboral	89	61.38%
	PG9	Los Centros de APS de la comuna protegen los espacios de autocuidado de los equipos de salud	79	54.48%

Gestión del cambio

Es frecuente que en los Centros de APS del país se promuevan las buenas prácticas (77.3% lo afirma así) y sean aceptadas las propuestas de cambio (64.8%).

Capacitación

En los Centros de APS del país se respeta el tiempo destinado a las capacitaciones (84.1% lo percibe así), las cuales son frecuentemente realizadas con orientación a las brechas de competencias (71.7%). Sin embargo, los comentarios recibidos en esta dimensión, señalan

insistentemente que en algunos casos las capacitaciones se realizan más para cumplir las obligaciones de la ley que por una necesidad real.

Los equipos de salud no realizan frecuentemente auto-observación y evaluación de sus prácticas (sólo un 31% lo señala así), lo cual es confirmado por los insistentes comentarios que afirman esta situación.

La capacitación referida al protocolo de manejo de pacientes crónicos es parcialmente apropiada (51% de los Directores lo percibe así).

Sofisticación

No es frecuente que los CS comparen sus resultados con el de otros Centros de APS (sólo un 46% afirma realizarlo).

Clima Laboral

En algunos de los Centros de APS del país se realizan actividades concretas apuntando a mejorar el Clima laboral (61.4% lo afirma así) y se propician espacios de autocuidado (55%).

4.2.6.1 Análisis de pregunta resumen

El Gráfico 8 muestra la frecuencia de respuesta de la pregunta resumen de la dimensión Prácticas de Gestión.

Las Prácticas de Gestión en los CS son regularmente evaluadas por los Directores de Salud (promedio de 5.3, rango de mayor frecuencia entre 5 y 6 (44.1%) y una alta frecuencia de notas entre 4 y 5 (31%)).

Variable PG. Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 las prácticas de gestión de los Centros de APS de la comuna

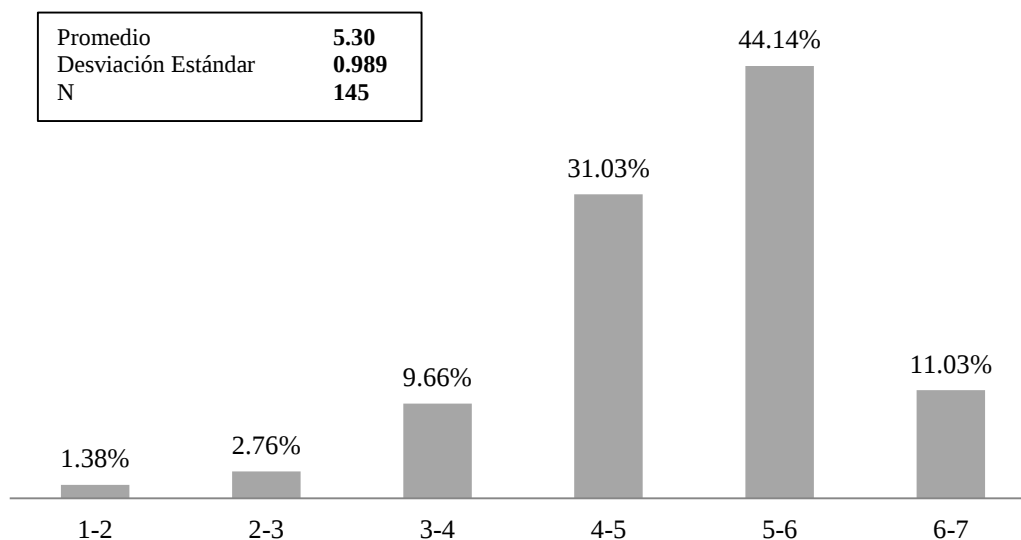


Gráfico 8. Resultados de la pregunta PG correspondiente a la variable resumen de la dimensión Prácticas de Gestión. Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas

Las Prácticas de Gestión de los CS del país no son fuertemente desiguales entre comunas (desviación estándar de 0.989 y coeficiente de variación de 0.18).

4.2.6.2 Análisis de Componentes Principales

El Análisis de Componentes Principales de las PG se estructura en dos partes: Análisis de la varianza explicada por cada componente (Tabla 32) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 33).

Tabla 32. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión PG. Se encuentran 2 componentes significativas.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	46,860	46,860
2	11,848	58,708
3	8,780	67,488
4	7,963	75,451
5	5,910	81,361
6	5,725	87,085
7	5,053	92,139
8	4,505	96,644
9	3,356	100,000

Tabla 33. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión PG.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente	
		1	2
PG1	Los Centros de APS de la comuna promueven la generación y adopción de buenas prácticas para otorgar servicios	,725	,051
PG2	Las propuestas de cambios para mejorar la atención son bien aceptadas por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	,647	,210
PG3	En los Centros de APS de la comuna, la capacitación se orienta a las brechas de competencias de los equipos	,762	,188
PG4	En los Centros de APS de la comuna, se respeta el tiempo para la capacitación de los equipos	,656	-,335
PG5	Los equipos de salud realizan auto-observación y evaluación de sus prácticas	,695	,306
PG6	La capacitación local referida al protocolo de manejo de pacientes crónicos es apropiada	,627	,416
PG7	En los Centros de APS de la comuna regularmente se comparan los rendimientos con el de otros Centros de APS y/o con estándares más elevados	,639	,237
PG8	En los Centros de APS de la comuna existen actividades concretas para mejorar el clima laboral	,679	-,598
PG9	Los Centros de APS de la comuna protegen los espacios de autocuidado de los equipos de salud	,720	-,438

Existen dos componentes significativas que, en conjunto, explican un 58.7% de la varianza de la dimensión:

Primera componente: PG1, PG2, PG3, PG4, PG5, PG6, PG7, PG8, PG9,

Segunda componente: No hay ninguna variable que cargue prioritariamente a ésta componente.

Sin embargo, la segunda componente no posee ninguna variable que cargue prioritariamente hacia ésta, por lo que existe una única componente que reúne todos los conceptos de PG definidos en el Modelo Empírico.

Las PG quedan definidas por la Gestión del cambio, Capacitación, Sofisticación y Clima Laboral de un CS primario, los que conforman la única componente del análisis.

4.2.6.3 Análisis de Correlación

La Tabla 34 muestra los resultados del análisis de correlación entre cada variable perteneciente a la dimensión PG y la variable resumen de esta dimensión.

Tabla 34. *Correlación de cada variable de la dimensión PG con su variable resumen y su significancia.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación	Significancia
PG		1.000	.
PG1	Los Centros de APS de la comuna promueven la generación y adopción de buenas prácticas para otorgar servicios	.542	.000
PG2	Las propuestas de cambios para mejorar la atención son bien aceptadas por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	.459	.000
PG3	En los Centros de APS de la comuna, la capacitación se orienta a las brechas de competencias de los equipos	.511	.000
PG4	En los Centros de APS de la comuna, se respeta el tiempo para la capacitación de los equipos	.526	.000
PG5	Los equipos de salud realizan auto-observación y evaluación de sus prácticas	.526	.000
PG6	La capacitación local referida al protocolo de manejo de pacientes crónicos es apropiada	.481	.000
PG7	En los Centros de APS de la comuna regularmente se comparan los rendimientos con el de otros Centros de APS y/o con estándares más elevados	.424	.000

PG8	En los Centros de APS de la comuna existen actividades concretas para mejorar el clima laboral	.537	.000
PG9	Los Centros de APS de la comuna protegen los espacios de autocuidado de los equipos de salud	.626	.000

El Modelo Empírico está ampliamente correlacionado con la apreciación global de la dimensión (todas las variables presentan una correlación significativa con la variable resumen).

Además, el modelo definido posee una fuerte correlación con la apreciación global de los Directores de Salud de las PG en los CS de su comuna (todas las correlaciones son mayores a 0.3)

4.2.6.4 Análisis de Regresión

La Tabla 35 muestra la significancia de los coeficientes de regresión asociados a cada variable perteneciente a la dimensión PG, donde la variable dependiente es la pregunta resumen.

Tabla 35. Resultados de la regresión realizada con la variable resumen PG como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.

Código Pregunta	Pregunta	Coefficientes tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)			5.83 9	.000	1.159	2.346
PG1	Los Centros de APS de la comuna promueven la generación y adopción de buenas prácticas para otorgar servicios	.145	1.98 3	.049	.000	.342
PG2	Las propuestas de cambios para mejorar la atención son bien aceptadas por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	.078	1.14 1	.256	-.058	.215
PG3	En los Centros de APS de la comuna, la capacitación se orienta a las brechas de competencias de los equipos	.018	.244	.808	-.115	.147
PG4	En los Centros de APS de la comuna, se respeta el tiempo para la capacitación de los equipos	.171	2.47 0	.015	.033	.301
PG5	Los equipos de salud realizan auto-observación y evaluación de sus prácticas	.154	2.20 4	.029	.015	.272
PG6	La capacitación local referida al protocolo de manejo de pacientes crónicos es apropiada	.162	2.42 0	.017	.028	.279
PG7	En los Centros de APS de la comuna regularmente se comparan los rendimientos con el de otros Centros de APS y/o con estándares más elevados	.005	.080	.936	-.103	.112
PG8	En los Centros de APS de la comuna existen actividades concretas para mejorar el clima laboral	.066	.836	.405	-.081	.200
PG9	Los Centros de APS de la comuna protegen los espacios de autocuidado de los equipos de salud	.299	3.77 7	.000	.113	.360

La adopción y generación de nuevas prácticas posee un impacto positivo sobre la percepción que los encuestados poseen sobre las PG de un CS.

Las capacitaciones que se realicen en la APS (en cuanto a respetar el tiempo de los equipos para capacitarse, la realización de auto-observación de sus prácticas y la apropiabilidad de la capacitación para manejo de EC) generan un impacto positivo sobre la opinión de los Directores de Salud de las PG en los CS de su comuna.

Por último, la protección de los espacios de autocuidado para los equipos posibilita una mejor opinión de los Directores con respecto a las PG de los CS.

4.2.7 Efectividad

La Tabla 36 muestra las frecuencias absoluta y relativa de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” para cada pregunta de la dimensión Efectividad. El análisis de esta dimensión se estructura en base a la descripción de sus dos subdimensiones: Percepción de Calidad y Sistemas de Control.

Tabla 36. *Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión Efectividad (n=143).*

Subdimensión	Código Pregunta	Pregunta	Frecuencia "De acuerdo" - "Muy de Acuerdo"	Frecuencia Relativa
Percepción de Calidad	E1	En los Centros de APS de la comuna al paciente se le entrega toda la información que requiere	113	79.02%
	E2	En los Centros de APS de la comuna el paciente es escuchado con atención	114	79.72%
	E3	Los pacientes están satisfechos con la atención clínica que se presta en los Centros de APS de la comuna	107	74.83%
	E4	Los pacientes están satisfechos con el trato recibido en los Centros de APS de la comuna	101	70.63%
Sistemas de Control	E5	La EAMS posee un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	51	35.66%
	E6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	53	37.06%
	E7	Se utilizan frecuentemente indicadores que miden calidad del control de enfermedades crónicas en los Centros de APS de la comuna	58	40.56%

Percepción de Calidad

La percepción es que los pacientes están satisfechos con la atención clínica (74.8%) y el trato recibido (70.6%) en los Centros de APS del país.

Sistemas de Control

Existe un gran déficit de sistemas de control de gestión, tanto en las EAMS (35.6% afirma que posee un sistema de estas características) como en los Centros de APS (37%).

Cuando una EAMS implementa un sistema de control de gestión, este será implementado en cada Centro de APS que la conforme, puesto que los porcentajes referidos a estas preguntas son similares (35% y 37%).

Los sistemas de seguimiento de indicadores para el control de EC regularmente están presentes en los CS del país (40.5% lo afirma así).

4.2.7.1 Análisis de pregunta resumen

El Gráfico 9 muestra la frecuencia de respuesta de la pregunta resumen de la dimensión Efectividad.

La Efectividad en los CS es regularmente evaluada por los Directores de Salud (promedio de 5, rango de mayor frecuencia entre 5 y 6 (38.5%) y una alta frecuencia de notas entre 4 y 5 (28.7%), y entre 2 y 3 (10%).

Variable E. Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 la Efectividad de los Centros de APS de la comuna

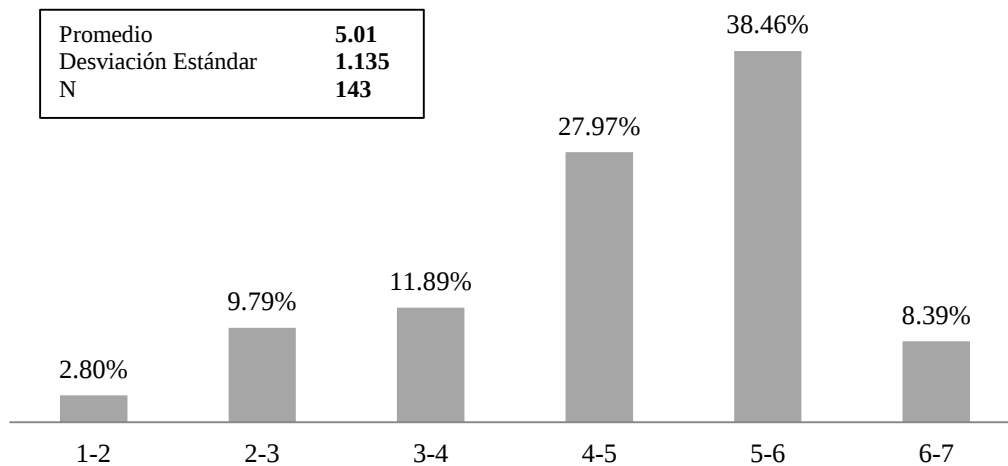


Gráfico 9. Resultados de la pregunta E correspondiente a la variable resumen de la dimensión Efectividad. Se observa la distribución de respuestas según rangos, el promedio, la desviación estándar y el número de respuestas obtenidas

La realidad a nivel nacional entre las comunas es variable, puesto que se observa una gran dispersión (desviación estándar de 1.135 y un coeficiente de variación de 0.22).

4.2.7.2 Análisis de Componentes Principales

El Análisis de Componentes Principales de la Efectividad se estructura en dos partes: Análisis de la varianza explicada por cada componente (Tabla 37) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 38).

Tabla 37. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión Efectividad. Se encuentran 2 componentes significativas.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	43,960	43,960
2	27,245	71,205
3	11,369	82,574
4	6,854	89,428
5	4,348	93,776
6	3,327	97,103
7	2,897	100,000

Tabla 38. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión E.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente	
		1	2
E1	En los Centros de APS de la comuna al paciente se le entrega toda la información que requiere	,722	-,398
E2	En los Centros de APS de la comuna el paciente es escuchado con atención	,704	-,419
E3	Los pacientes están satisfechos con la atención clínica que se presta en los Centros de APS de la comuna	,689	-,284
E4	Los pacientes están satisfechos con el trato recibido en los Centros de APS de la comuna	,738	-,488
E5	La EAMS posee un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	,568	,695
E6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	,657	,642
E7	Se utilizan frecuentemente indicadores que miden calidad del control de enfermedades crónicas en los Centros de APS de la comuna	,535	,599

Existen dos componentes que son significativas y explican un 71% de la variabilidad de la dimensión:

Primera componente: E1, E2, E3, E4

Segunda componente: E5, E6, E7

El Modelo Empírico definido se ajusta exactamente a lo observado en el Análisis Factorial.¹⁸

La percepción de calidad del paciente (en cuanto a la entrega de información, escucha del paciente, y satisfacción con la atención y el trato) conforma la primera componente de la Efectividad.

Los Sistemas de Control asociados (en cuanto a la presencia de sistemas de seguimiento de indicadores para apoyar la toma de decisiones y el control de EC) conforman la segunda componente de esta dimensión.

4.2.7.3 Análisis de Correlación

La Tabla 39 muestra los resultados del análisis de correlación entre cada variable perteneciente a la dimensión Efectividad y la variable resumen de esta dimensión.

¹⁸ La variable E6 carga con la misma intensidad a ambas componentes (coeficientes de 0.657 y 0.642, respectivamente), por lo que se decidió mantener el esquema del Modelo Empírico.

Tabla 39. *Correlación de cada variable de la dimensión Efectividad con la variable resumen y su significancia.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación	Significancia
E		1.000	.
E1	En los Centros de APS de la comuna al paciente se le entrega toda la información que requiere	.221	.004
E2	En los Centros de APS de la comuna el paciente es escuchado con atención	.266	.001
E3	Los pacientes están satisfechos con la atención clínica que se presta en los Centros de APS de la comuna	.384	.000
E4	Los pacientes están satisfechos con el trato recibido en los Centros de APS de la comuna	.318	.000
E5	La EAMS posee un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	.434	.000
E6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	.468	.000
E7	Se utilizan frecuentemente indicadores que miden calidad del control de enfermedades crónicas en los Centros de APS de la comuna	.564	.000

El Modelo Empírico está ampliamente correlacionado con la apreciación global de la dimensión (todas las variables presentan una correlación significativa con la variable resumen).

Por otra parte, entregar información pertinente y escuchar al paciente con atención, no se correlacionan fuertemente (menor a 0.3) con la percepción que los Directores de Salud tienen sobre la Efectividad de un CS.

4.2.7.4 Análisis de Regresión

La Tabla 40 muestra la significancia de los coeficientes de regresión asociados a cada variable perteneciente a la dimensión Efectividad, donde la variable dependiente es la pregunta resumen.

Tabla 40. Resultados de la regresión realizada con la variable resumen E como variable dependiente y como independientes todas las otras variables pertenecientes a la dimensión.

Código Pregunta	Pregunta	Coefficient es tipificados	t	Sig.	Intervalo de confianza de 95,0% para B	
		Beta			Límite inferior	Límite superior
(Constante)			3.536	.001	.719	2.543
E1	En los Centros de APS de la comuna al paciente se le entrega toda la información que requiere	-.121	-1.261	.209	-.405	.090
E2	En los Centros de APS de la comuna el paciente es escuchado con atención	.123	1.272	.205	-.107	.492
E3	Los pacientes están satisfechos con la atención clínica que se presta en los Centros de APS de la comuna	.218	2.327	.021	.046	.562
E4	Los pacientes están satisfechos con el trato recibido en los Centros de APS de la comuna	.104	.964	.337	-.149	.433
E5	La EAMS posee un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	.090	.847	.399	-.109	.271
E6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	.055	.487	.627	-.155	.257
E7	Se utilizan frecuentemente indicadores que miden calidad del control de enfermedades crónicas en los Centros de APS de la comuna	.448	5.416	.000	.272	.585

La satisfacción de los pacientes con la atención clínica posee un impacto positivo sobre la opinión de Efectividad que los encuestados poseen.

Además, la utilización frecuente de indicadores para controlar EC produce una mejor apreciación global de la dimensión Efectividad.

4.2.8 Liderazgo

La Tabla 41 muestra las frecuencias absoluta y relativa de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo”, y de respuestas “En desacuerdo” y “Muy en desacuerdo” para cada pregunta de

la dimensión Liderazgo. El análisis de esta dimensión se estructura en base a la descripción de sus dos subdimensiones: Liderazgo Participativo y Liderazgo Autoritario.

Tabla 41. Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas y no afirmativas para cada pregunta de la dimensión Liderazgo (n=135).

Subdimensión	Código Pregunta	Pregunta	Frecuencia "De acuerdo" - "Muy de Acuerdo"	Frecuencia Relativa	Frecuencia "En desacuerdo" - "Muy en desacuerdo"	Frecuencia Relativa
Participativo	L1	Los Directores de los Centros de APS de la comuna dan a los integrantes de los grupos de trabajo la posibilidad de expresar sus opiniones	121	89.63%	5	3.70%
	L2	Los Directores de los Centros de APS incluyen a uno o más integrantes de los equipos de salud para determinar qué hacer. Sin embargo, mantiene la autoridad final de la toma de decisiones	111	82.22%	14	10.37%
	L3	Cuando las cosas van mal, los Directores de los Centros de APS convocan a una reunión para conversar con los equipos	116	86.57%	6	4.48%
	L4	Cuando hay diferencias en la definición de responsabilidades, los Directores de los Centros de APS se reúnen con su equipo para resolverlas en conjunto	105	78.36%	8	5.97%
	L5	Los Directores de los Centros de APS permiten a sus equipos de salud fijar prioridades dentro de los límites que ellos establecen	106	79.10%	5	3.73%
	L6	En determinadas situaciones, los Directores de los Centros de APS permiten a sus equipos tomar decisiones dentro de los límites establecidos	120	89.55%	2	1.49%
	L7	Los Directores de los Centros de APS preguntan a sus equipos de salud ideas para futuros planes y proyectos	117	87.31%	6	4.48%
Autoritario	L8	Los Directores de los Centros de APS de la comuna toman decisiones que están basadas sólo en sus ideas	21	15.67%	88	65.67%
	L9	Los Directores de los Centros de APS siempre son la autoridad final de la toma de decisiones dentro del departamento o equipo, sin importar el problema que enfrenten	51	38.35%	66	49.62%
	L10	Los Directores de los Centros de APS le dicen a los equipos de salud qué tarea se debe hacer y cómo realizarla	58	43.28%	43	32.09%
	L11	Cuando algo anda mal, los Directores de los Centros de APS deciden por sí mismos un nuevo plan de acción	33	24.63%	84	62.69%
	L12	Los Directores de los Centros de APS supervisan de cerca a los equipos de salud para asegurarse que ellos están rindiendo correctamente	78	58.21%	29	21.64%
	L13	Los Directores de los Centros de APS se sienten cómodos con el poder que su posición de líder les otorga por sobre sus subordinados	61	45.86%	31	23.31%
	L14	A los equipos de salud hay que incentivarlos o amenazarlos para conseguir las metas organizacionales	37	27.61%	80	59.70%

Liderazgo Participativo

La percepción es que la participación en el liderazgo de los Directores de los Centros de APS del país es bastante elevado (en cada pregunta hay más de un 75% de acuerdo y menos de un 10% de desacuerdo).

Los integrantes de los grupos de trabajo, en la gran mayoría de los casos, tienen la posibilidad de expresar sus opiniones (90% lo afirma así) y ser incluidos para determinar qué hacer (82.2%).

Cuando las cosas van mal o hay diferencias en la definición de responsabilidades, en la mayoría de los casos los Directores de Salud convocan a reuniones para conversar con los equipos (87% y 78.3%, respectivamente).

Los Directores de los Centros casi siempre permiten a los equipos fijar prioridades (79% de acuerdo) y tomar decisiones dentro de límites establecidos (90% lo afirma así y sólo un 1.5% está en desacuerdo con la afirmación).

Por último, los Directores de los Centros preguntan en la mayoría de los casos a sus Equipos de Salud ideas para futuros planes y proyectos (87.3% lo percibe así).

Liderazgo Autoritario

No es frecuente que los Directores de los Centros de APS tomen decisiones que están basadas sólo en sus ideas (15% lo percibe así).

La percepción es que en algunos casos los Directores de los Centros de APS son la autoridad final de la toma de decisiones (38% de acuerdo) y que los equipos de salud no siempre reciben instrucciones de los Directores en las tareas a realizar (43.3%).

La decisión de implementación de un nuevo plan de acción no es realizada solamente por el Director del CS (25%).

La supervisión de los Directores de los Centros de APS es realizada de cerca a los equipos de salud en más de la mitad de los Centros de APS (58% lo afirma así).

Casi la mitad de los Directores de los Centros de APS (46%) se sienten cómodos con el poder que la posición de líder les otorga por sobre sus subordinados.

Por último, uno de cada cuatro Directores de Salud perciben que los Directores de los Centros de APS deben amenazar a los equipos de salud para conseguir las metas organizacionales (27.6%).

4.2.8.1 Análisis de Componentes Principales

El Análisis de Componentes Principales de la dimensión Liderazgo se estructura en dos partes: Análisis de la varianza explicada por cada componente (Tabla 42) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 43).

Tabla 42. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión Liderazgo. Se encuentran 3 componentes significativas*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	32,261	32,261
2	20,765	53,026
3	7,832	60,858
4	6,402	67,260
5	5,774	73,034
6	4,666	77,700
7	4,462	82,163
8	3,997	86,160
9	3,410	89,570
10	3,085	92,654
11	2,599	95,254
12	1,959	97,213
13	1,532	98,745
14	1,255	100,000

Tabla 43. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión Liderazgo.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente		
		1	2	3
L1	Los Directores de los Centros de APS de la comuna dan a los integrantes de los grupos de trabajo la posibilidad de expresar sus opiniones	,829	-,052	-,095
L2	Los Directores de los Centros de APS incluyen a uno o más integrantes de los equipos de salud para determinar qué hacer. Sin embargo, mantiene la autoridad final de la toma de decisiones	,611	,331	-,082
L3	Cuando las cosas van mal, los Directores de los Centros de APS convocan a una reunión para conversar con los equipos	,757	,131	,051
L4	Cuando hay diferencias en la definición de responsabilidades, los Directores de los Centros de APS se reúnen con su equipo para resolverlas en conjunto	,770	-,260	,156
L5	Los Directores de los Centros de APS permiten a sus equipos de salud fijar prioridades dentro de los límites que ellos establecen	,726	-,126	-,056
L6	En determinadas situaciones, los Directores de los Centros de APS permiten a sus equipos tomar decisiones dentro de los límites establecidos	,779	-,148	-,223
L7	Los Directores de los Centros de APS preguntan a sus equipos de salud ideas para futuros planes y proyectos	,809	-,283	-,063
L8	Los Directores de los Centros de APS de la comuna toman decisiones que están basadas sólo en sus ideas	-,237	,616	-,192
L9	Los Directores de los Centros de APS siempre son la autoridad final de la toma de decisiones dentro del departamento o equipo, sin importar el problema que enfrenten	,100	,762	-,382
L10	Los Directores de los Centros de APS le dicen a los equipos de salud qué tarea se debe hacer y cómo realizarla	,147	,727	,098
L11	Cuando algo anda mal, los Directores de los Centros de APS deciden por si mismos un nuevo plan de acción	-,022	,766	-,189
L12	Los Directores de los Centros de APS supervisan de cerca a los equipos de salud para asegurarse que ellos están rindiendo correctamente	,557	,348	,273
L13	Los Directores de los Centros de APS se sienten cómodos con el poder que su posición de líder les otorga por sobre sus subordinados	,319	,553	,273
L14	A los equipos de salud hay que incentivarlos o amenazarlos para conseguir las metas organizacionales	-,037	,298	,788

Existen tres componentes significativas en el análisis, que explican un 60.8% de la variabilidad de la dimensión:

Primera componente: L1, L2, L3, L4, L5, L6, L7, L12

Segunda componente: L8, L9, L10, L11, L13

Tercera componente: L14

El Liderazgo Participativo de un Director de CS (en cuanto a sus niveles del Modelo de Vroom *Consultar, Facilitar y Delegar*) y la supervisión de cerca a los ES conforman la primera componente.

El Liderazgo Autoritario de un Director de CS (en cuanto al nivel del Modelo de Vroom *Decidir* y el poder que sustenta el líder) constituyen la segunda componente de la dimensión Liderazgo.

Los incentivos y/o amenazas entregadas por los Directores de los CS a sus equipos conforma la tercera componente de la dimensión Liderazgo.

4.2.9 Contexto

La Tabla 44 muestra las frecuencias absoluta y relativa de respuestas “De acuerdo” y “Muy de acuerdo” para cada pregunta de la dimensión Contexto.

Tabla 44. *Frecuencia absoluta y relativa de respuestas afirmativas para cada pregunta de la dimensión Contexto (n=142).*

Código Pregunta	Pregunta	Frecuencia "De acuerdo" - "Muy de Acuerdo"	Frecuencia Relativa
C1	Las organizaciones comunales participan en la toma de decisiones de salud de los Centros de APS de la comuna	79	55.63%
C2	El municipio dispone de programas de apoyo comunales para enfermos crónicos	64	45.07%
C3	La EAMS cuenta con el respaldo del Servicio de Salud en las decisiones complejas	78	54.93%
C4	La EAMS cuenta con el respaldo de las autoridades comunales en las decisiones complejas	85	59.86%

Las organizaciones comunales participan parcialmente en la toma de decisiones de salud de los CS (55.6% de acuerdo).

Cerca de la mitad de los municipios del país disponen de programas de apoyo para pacientes crónicos (45%).

Por otra parte, se percibe que se cuenta parcialmente con el respaldo del Servicio de Salud en las decisiones complejas (55%).

Las autoridades comunales respaldan parcialmente la administración realizada por las EAMS en el país (60% de los encuestados está de acuerdo). Esto muestra que alrededor de un 40% de los Directores de Salud no siente de manera explícita el respaldo de sus autoridades.

4.2.9.1 Análisis de Componentes Principales

El Análisis de Componentes Principales del Contexto se estructura en dos partes: Análisis de la varianza explicada por cada componente (Tabla 45) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 46).

Tabla 45. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión Contexto. Se encuentran 2 componentes significativas.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	49,569	49,569
2	27,133	76,702
3	14,766	91,467
4	8,533	100,000

Tabla 46. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión Contexto.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente	
		1	2
C1	Las organizaciones comunales participan en la toma de decisiones de salud de los Centros de APS de la comuna	,232	,904
C2	El municipio dispone de programas de apoyo comunales para enfermos crónicos	,726	,323
C3	La EAMS cuenta con el respaldo del Servicio de Salud en las decisiones complejas	,800	-,367
C4	La EAMS cuenta con el respaldo de las autoridades comunales en las decisiones complejas	,873	-,172

Existen dos componentes significativas, que explican un 76% de la variabilidad de la dimensión:

Primera componente: C2, C3, C4

Segunda componente: C1

El Contexto de un CS asociado a la Municipalidad y Servicio de Salud (programas existentes y apoyo de las autoridades) conforma la primera componente de esta dimensión.

La participación de las organizaciones comunales en la toma de decisiones conforma la segunda componente de la dimensión Contexto.

4.2.10 Consideraciones Adicionales

El desempeño de los Directores de Salud está sujeto a la ruralidad (en cuanto a la falta de acceso a servicios) que la comuna posea, lo cual es mencionado insistentemente en los comentarios de las preguntas resumen.

Sin embargo, la condición de ruralidad es mostrada, al mismo tiempo, como parte de su propia cultura.

Existen amplias diferencias en la percepción (expresada en los comentarios) de los Directores de Salud de comunas aledañas con respecto a la dotación de profesionales y el compromiso de los equipos de salud con el trabajo.

Una serie de 17 comunas aledañas de la Zona Sur no contestaron la encuesta, lo cual hace sospechar la existencia de alguna eventualidad en la zona que impidió la recepción de estas respuestas.

El Gráfico 10 muestra los resultados de la opinión de los Directores de Salud con respecto a la priorización del uso de los CS primarios.

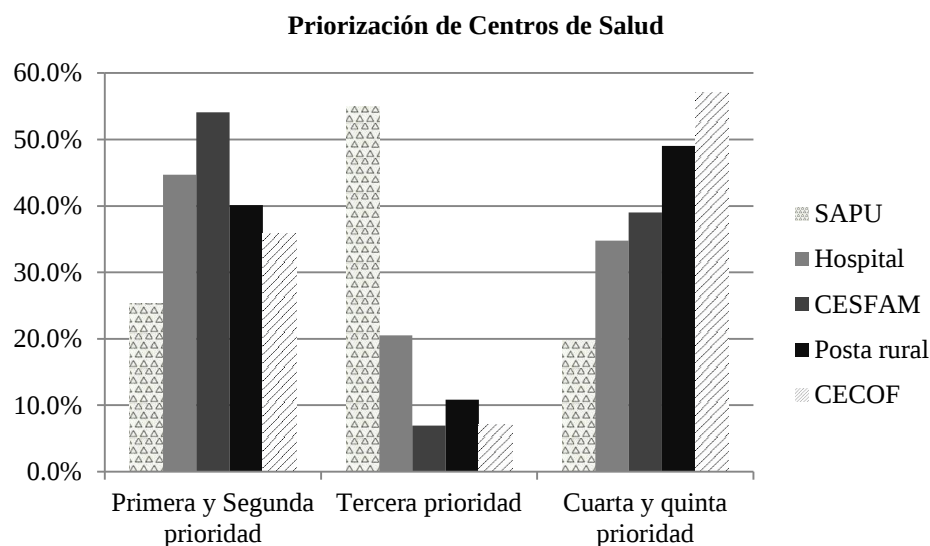


Gráfico 10. Priorización de uso de los CS entre los encuestados. Corresponde al análisis realizado de la pregunta EF16.

El CESFAM es el CS ubicado en el primer y segundo lugar de priorización en la mayoría de las comunas del país.

El SAPU no representa un establecimiento para consultar prioritariamente, sino una alternativa a utilizar para descongestionar otros servicios (ubicado en el lugar 3 en más de la mitad de los casos)

El CECOF es el CS menos utilizado (en el 40% de los casos, se respondió en el lugar 5). Sin embargo, se debe considerar que no todas las comunas poseen CECOF.

Por último, se considera pertinente depurar las respuestas obtenidas de la comuna de Bulnes por presentar respuestas inconsistentes (*outlier*). El Anexo 10 muestra el resultado de cada una de estas respuestas para esta comuna, justificando su exclusión del análisis.

4.3 CONSTRUCCIÓN DE VARIABLES INDEPENDIENTES

La construcción de variables independientes se estructura en base a la aplicación de dos metodologías de agrupación de las variables para las nueve dimensiones del Modelo

Empírico: Componente Clínico-sanitaria (Equipos de Salud, Enfoque Familiar y Calidad del Proceso), Componente de Gestión (Coordinación con la Red, Sistemas de Información, Prácticas de Gestión, Efectividad y Liderazgo) y el Contexto.

Estas dos metodologías generan dos grupos distintos de variables independientes.

4.3.1 Primer Grupo - Análisis con dimensiones y subdimensiones del Modelo Empírico

El primer grupo de variables está compuesto por las dimensiones y subdimensiones del Modelo Empírico, construidas por el promedio de las variables pertenecientes a cada subdimensión.

Se obtiene un conjunto de 32 variables construidas de la forma que muestra la Tabla 47.

Tabla 47. *Definición de las variables independientes del primer grupo, en base a las dimensiones y subdimensiones del Modelo Empírico.*

Dimensión	Variable	Subdimensión
Equipos de Salud	B1.1	Dotación ES
	B1.2	Rotación ES
	B1.3	Calidad ES
	B1.4	Seguridad ES
Enfoque Familiar	B2.1	Accesibilidad
	B2.2	Facilidad de Atención
	B2.3	Tiempo de Espera
	B2.4	Buen Trato
	B2.5	Enfoque Bio-psicosocial
	B2.6	Orientación hacia la educación
	B2.7	Continuidad del cuidado
Calidad del Proceso	B3.1	Soporte para las decisiones
	B3.2	Recursos y servicios
Coordinación con la Red	B4.1	Información
	B4.2	Protocolos de Derivación
	B4.3	Funcionamiento de la Red
	B4.4	Frecuencia de derivación
	B4.5	Apoyo al paciente
	B4.6	Interconsultas
Sistemas de Información	B5.1	Disponibilidad
	B5.2	Calidad
	B5.3	Ficha clínica
	B5.4	Decisiones de gestión
	B5.5	Decisiones clínicas
	B5.6	Sistema de enfermedades crónicas
Prácticas de Gestión	B6.1	Gestión del Cambio
	B6.2	Capacitación
	B6.3	Sofisticación
	B6.4	Clima Laboral
Efectividad	B7.1	Percepción de Calidad
	B7.2	Sistemas de Control
Contexto	B8.1	Gestión comunal
Liderazgo	B9.1	Participativo
	B9.2	Autoritario

4.3.2 Segundo Grupo – Análisis con selección de variables

El segundo grupo de variables está compuesto por una selección de variables corregidas por errores de medición y de definición conceptual del modelo. Se analizan las variables de los dos niveles de selección en las dimensiones de las Componentes Clínico-sanitaria (Equipos de Salud, Enfoque Familiar y Calidad del Proceso), la Componente de Gestión (Coordinación con la Red, Sistemas de Información, Prácticas de Gestión, Efectividad y Liderazgo) y el Contexto

4.3.2.1 Primer nivel

Equipos de Salud

La Tabla 48 muestra la correlación ítem-test de cada variable con la escala completa de la dimensión ES.

Tabla 48. *Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión ES.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
ES1	La dotación de médicos en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.504	.420
ES2	La dotación de enfermeras en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.488	.422
ES3	La dotación de dentistas en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.327	.474
ES4	La dotación de otros profesionales en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.446	.445
ES5	En esta comuna, llenar cargos vacantes nos resulta fácil	.239	.503
ES6	La rotación de médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	-.071	.583
ES7	La rotación de otros profesionales no médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	-.152	.606
ES8	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna son competentes técnicamente	.301	.496
ES9	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna están bien preparados para la APS	.221	.510
ES10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna tienen una buena acogida del paciente	.126	.529
ES11	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del personal que presta servicios de salud en los Centros de APS de la comuna	.084	.545

Las variables que presentan una correlación ítem-test menor a 0.3 son las siguientes: ES5, ES6, ES7, ES9, ES10 y ES11.

La dimensión ES queda representada por la Dotación de profesionales y las competencias técnicas que éstos posean (variables ES1, ES2, ES3, ES4 y ES8).

Enfoque Familiar

La Tabla 49 muestra la correlación ítem-test de cada variable con la escala completa de la dimensión EF.

Tabla 49. *Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión EF.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
EF1	Las demandas de salud de la población se atienden oportunamente en los Centros de APS de la comuna	.515	.783
EF2	Los Centros de APS de la comuna poseen cobertura completa de horas profesionales para la atención en los días sábados	.234	.805
EF3	En los Centros de APS de la comuna es fácil hacerse un examen de salud preventivo	.399	.792
EF4	Los Centros de APS de la comuna tienen facilidades para realizar programas de actividad física	.419	.791
EF5	El tiempo que el paciente espera para solicitar una hora profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	.401	.792
EF6	El tiempo que el paciente espera para ser atendido por un profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	.420	.791
EF7	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por la primera línea de atención de los Centros de APS de la comuna	.466	.788
EF8	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	.523	.787
EF9	El número de reclamos por problemas de trato en los Centros de APS de la comuna es bajo	.494	.786
EF10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna aplican instrumentos de evaluación familiar en la atención del paciente	.397	.793
EF11	Cuando es necesario en la atención de pacientes crónicos, los profesionales de los Centros de APS de la comuna citan a integrantes de la familia del paciente	.384	.794
EF12	Los médicos de los Centros de APS de la comuna explican a los pacientes sus indicaciones	.476	.788
EF13	Los médicos de los Centros de APS de la comuna se aseguran que el paciente entienda sus indicaciones	.355	.795
EF14	El Equipo de Salud que atiende a un paciente es siempre el mismo	.476	.786
EF15	Los resultados de los exámenes de laboratorio son informados al paciente por un integrante del equipo de salud	.323	.797

La única variable que presenta una correlación ítem-test menor a 0.3 es EF2, correspondiente a la cobertura de profesionales los días sábados.

La dimensión EF queda representada por los conceptos definidos en el Modelo Empírico de la investigación (Accesibilidad, Facilidad de Atención, Tiempo de Espera, Buen Trato, Enfoque Bio-psicosocial, Orientación hacia la educación y Continuidad del Cuidado).

Calidad del Proceso

La Tabla 50 muestra la correlación ítem-test de cada variable con la escala completa de la dimensión CP

Tabla 50. *Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión CP.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
CP1	El protocolo de manejo de pacientes crónicos está disponible en los box de atención de los Centros de APS de la comuna	.488	.716
CP2	Los protocolos de manejo de pacientes crónicos han sido validados localmente	.571	.702
CP3	Los equipos de salud aplican los protocolos de pacientes crónicos en los Centros de APS de la comuna	.471	.720
CP4	El equipamiento en los Centros de APS de la comuna es apropiado	.396	.732
CP5	Las condiciones de infraestructura de los Centros de APS de la comuna son adecuadas	.354	.740
CP6	Los Centros de APS de la comuna realizan gestión de reclamos	.252	.750
CP7	La disponibilidad de exámenes de laboratorio es adecuada en los Centros de APS de la comuna	.398	.732
CP8	La disponibilidad de medicamentos comprados por la comuna para pacientes crónicos es adecuada en los Centros de APS de la comuna	.477	.719
CP9	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del paciente en los Centros de APS de la comuna	.429	.727

La única variable que presenta una correlación ítem-test menor a 0.3 es CP6, correspondiente a la gestión de reclamos realizada por un CS.

La dimensión CP queda representada por los mismos conceptos definidos en el Modelo Empírico de la investigación (Soporte para las decisiones y Recursos y Servicios, sin contemplar en ésta última la gestión de reclamos).

Coordinación con la Red

La Tabla 51 muestra la correlación ítem-test de cada variable con la escala completa de la dimensión CR.

Tabla 51. *Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión CR.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
CR1	Los Centros de APS de la comuna tienen disponible la información sobre las redes locales	.514	.705
CR2	En los Centros de APS de la comuna la derivación a otras instancias de la red sanitaria opera de acuerdo al protocolo	.606	.682
CR3	La red de servicios de salud local bajo su administración responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	.320	.752
CR4	La red de servicios de salud secundarios y terciarios responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	.310	.758
CR5	Los profesionales de salud de los Centros de APS de la comuna derivan a los pacientes a un especialista sólo cuando es necesario	.500	.712
CR6	Los Centros de APS de la comuna dan apoyo a los pacientes vulnerables para ser atendidos en otro nivel de atención	.512	.709
CR7	En los Centros de APS de la comuna hay gestión de interconsultas	.567	.696

Ninguna variable presenta una correlación menor a 0.3. Entonces, la dimensión CR queda representada por los mismos conceptos definidos en el Modelo Empírico de la investigación (Información, Protocolos de derivación, Funcionamiento de la red, Frecuencia de derivación, Apoyo al paciente e Interconsultas).

Sistemas de Información

La Tabla 52 muestra la correlación ítem-test de cada variable con la escala completa de la dimensión SI.

Tabla 52. *Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión SI.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
SI1	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna está disponible al momento de la atención	.140	.870
SI2	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna es de buena calidad	.406	.841
SI3	Los Centros de APS de la comuna poseen ficha clínica electrónica	.743	.777
SI4	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones de gestión	.805	.761
SI5	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones clínicas	.831	.755
SI6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información sobre resultados de enfermedades crónicas que apoya la toma de decisiones	.676	.793

La única variable que presenta una correlación ítem-test menor a 0.3 es SI1, correspondiente a la disponibilidad de la información clínica del paciente al momento de la atención.

La dimensión SI queda representada por los conceptos de Calidad de la Información, Ficha clínica electrónica, Sistema de información para apoyo a la toma de decisiones de gestión, clínica y de EC.

Prácticas de Gestión

La Tabla 53 muestra la correlación ítem-test de cada variable con la escala completa de la dimensión PG.

Tabla 53. *Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión PG.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
PG1	Los Centros de APS de la comuna promueven la generación y adopción de buenas prácticas para otorgar servicios	.625	.837
PG2	Las propuestas de cambios para mejorar la atención son bien aceptadas por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	.531	.844
PG3	En los Centros de APS de la comuna, la capacitación se orienta a las brechas de competencias de los equipos	.662	.830
PG4	En los Centros de APS de la comuna, se respeta el tiempo para la capacitación de los equipos	.554	.841
PG5	Los equipos de salud realizan auto-observación y evaluación de sus prácticas	.595	.837
PG6	La capacitación local referida al protocolo de manejo de pacientes crónicos es apropiada	.524	.844
PG7	En los Centros de APS de la comuna regularmente se comparan los rendimientos con el de otros Centros de APS y/o con estándares más elevados	.535	.845
PG8	En los Centros de APS de la comuna existen actividades concretas para mejorar el clima laboral	.579	.839
PG9	Los Centros de APS de la comuna protegen los espacios de autocuidado de los equipos de salud	.621	.835

Ninguna variable presenta una correlación menor a 0.3. Entonces, la dimensión PG queda representada por los mismos conceptos definidos en el Modelo Empírico de la investigación (Gestión del cambio, Capacitación, Sofisticación y Clima Laboral).

Efectividad

La Tabla 54 muestra la correlación ítem-test de cada variable con la escala completa de la dimensión Efectividad.

Tabla 54. *Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión Efectividad.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
E1	En los Centros de APS de la comuna al paciente se le entrega toda la información que requiere	.470	.751
E2	En los Centros de APS de la comuna el paciente es escuchado con atención	.462	.755
E3	Los pacientes están satisfechos con la atención clínica que se presta en los Centros de APS de la comuna	.469	.752
E4	Los pacientes están satisfechos con el trato recibido en los Centros de APS de la comuna	.467	.752
E5	La EAMS posee un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	.535	.739
E6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	.642	.711
E7	Se utilizan frecuentemente indicadores que miden calidad del control de enfermedades crónicas en los Centros de APS de la comuna	.483	.750

Ninguna variable presenta una correlación menor a 0.3. Entonces, la dimensión Efectividad queda representada por los mismos conceptos definidos en el Modelo Empírico de la investigación (Percepción de Calidad y Sistemas de Control).

Liderazgo

La Tabla 55 muestra la correlación ítem-test de cada variable con la escala completa de la dimensión Liderazgo.

Tabla 55. *Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes a la dimensión Liderazgo.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
L1	Los Directores de los Centros de APS de la comuna dan a los integrantes de los grupos de trabajo la posibilidad de expresar sus opiniones	.490	.738
L2	Los Directores de los Centros de APS incluyen a uno o más integrantes de los equipos de salud para determinar qué hacer. Sin embargo, mantiene la autoridad final de la toma de decisiones	.543	.729
L3	Cuando las cosas van mal, los Directores de los Centros de APS convocan a una reunión para conversar con los equipos	.557	.732
L4	Cuando hay diferencias en la definición de responsabilidades, los Directores de los Centros de APS se reúnen con su equipo para resolverlas en conjunto	.343	.749
L5	Los Directores de los Centros de APS permiten a sus equipos de salud fijar prioridades dentro de los límites que ellos establecen	.381	.746
L6	En determinadas situaciones, los Directores de los Centros de APS permiten a sus equipos tomar decisiones dentro de los límites establecidos	.423	.745
L7	Los Directores de los Centros de APS preguntan a sus equipos de salud ideas para futuros planes y proyectos	.345	.749
L8	Los Directores de los Centros de APS de la comuna toman decisiones que están basadas sólo en sus ideas	.106	.774
L9	Los Directores de los Centros de APS siempre son la autoridad final de la toma de decisiones dentro del departamento o equipo, sin importar el problema que enfrenten	.395	.745
L10	Los Directores de los Centros de APS le dicen a los equipos de salud qué tarea se debe hacer y cómo realizarla	.445	.738
L11	Cuando algo anda mal, los Directores de los Centros de APS deciden por si mismos un nuevo plan de acción	.341	.749
L12	Los Directores de los Centros de APS supervisan de cerca a los equipos de salud para asegurarse que ellos están rindiendo correctamente	.524	.730
L13	Los Directores de los Centros de APS se sienten cómodos con el poder que su posición de líder les otorga por sobre sus subordinados	.465	.736
L14	A los equipos de salud hay que incentivarlos o amenazarlos para conseguir las metas organizacionales	.101	.777

Las variables que presentan una correlación ítem-test menor a 0.3 son L8 y L14, las cuales representan la toma de decisiones basado en las ideas del Director del Centro de APS y a los

incentivos y/o amenazas conferidos a los equipos de salud para conseguir resultados, respectivamente.

Contexto

La Tabla 56 muestra la correlación ítem-test de cada variable con la escala completa del Contexto.

Tabla 56. *Confiabilidad y correlación ítem-test de la escala construida por las variables pertenecientes al Contexto.*

Código Pregunta	Pregunta	Correlación elemento- total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
C1	Las organizaciones comunales participan en la toma de decisiones de salud de los Centros de APS de la comuna	.129	.726
C2	El municipio dispone de programas de apoyo comunales para enfermos crónicos	.491	.497
C3	La EAMS cuenta con el respaldo del Servicio de Salud en las decisiones complejas	.456	.527
C4	La EAMS cuenta con el respaldo de las autoridades comunales en las decisiones complejas	.594	.414

La única variable que presenta una correlación ítem-test menor a 0.3 es C1, correspondiente a la participación de las organizaciones comunitarias en la toma de decisiones.

El Contexto queda conformado por el apoyo y respaldo del municipio a la gestión de salud comunal (en cuanto al apoyo en las decisiones complejas y la disponibilidad de programas de apoyo para EC).

4.3.2.2 Segundo nivel

Equipos de Salud

Este Análisis de Componentes Principales de las variables remanentes del Primer Nivel de los ES, es estructurado en dos partes: Análisis de la varianza explicada por la componente (Tabla 57) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 58).

Tabla 57. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión ES.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	46.761	46.761
2	18.828	65.589
3	13.128	78.717
4	10.817	89.534
5	10.466	100.000

Tabla 58. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión ES en este nivel.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente
ES1	La dotación de médicos en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.779
ES2	La dotación de enfermeras en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.733
ES3	La dotación de dentistas en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.664
ES4	La dotación de otros profesionales en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	.769
ES8	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna son competentes técnicamente	.402

Existe una única componente significativa que explica el 46.7% de la variabilidad de los ES.

La dimensión Equipos de Salud se estructura en una única componente definida como la dotación de profesionales y sus competencias técnicas para la APS.

Enfoque Familiar

El Análisis de Componentes Principales de las variables remanentes del Primer Nivel del EF es estructurado en dos partes: Análisis de la varianza explicada por la componente (Tabla 59) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 60).

Tabla 59. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión EF.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	29.674	29.674
2	11.877	41.551
3	10.639	52.190
4	8.593	60.782
5	6.331	67.113
6	6.084	73.197
7	4.895	78.093
8	4.282	82.374
9	4.134	86.508
10	3.648	90.157
11	3.399	93.556
12	2.505	96.061
13	2.036	98.097
14	1.903	100.000

Tabla 60. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión EF en este nivel.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente			
		1	2	3	4
EF1	Las demandas de salud de la población se atienden oportunamente en los Centros de APS de la comuna	.597	-.506	-.144	.107
EF3	En los Centros de APS de la comuna es fácil hacerse un examen de salud preventivo	.476	-.011	.532	-.180
EF4	Los Centros de APS de la comuna tienen facilidades para realizar programas de actividad física	.439	.014	.410	.336
EF5	El tiempo que el paciente espera para solicitar una hora profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	.499	-.662	-.058	-.068
EF6	El tiempo que el paciente espera para ser atendido por un profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	.555	-.576	-.022	-.190
EF7	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por la primera línea de atención de los Centros de APS de la comuna	.587	.345	.274	-.379
EF8	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	.673	.119	-.014	-.293
EF9	El número de reclamos por problemas de trato en los Centros de APS de la comuna es bajo	.652	-.014	-.169	-.340
EF10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna aplican instrumentos de evaluación familiar en la atención del paciente	.465	-.121	.262	.603
EF11	Cuando es necesario en la atención de pacientes crónicos, los profesionales de los Centros de APS de la comuna citan a integrantes de la familia del paciente	.480	.348	.218	.362
EF12	Los médicos de los Centros de APS de la comuna explican a los pacientes sus indicaciones	.603	.213	-.540	.255
EF13	Los médicos de los Centros de APS de la comuna se aseguran que el paciente entienda sus indicaciones	.505	.224	-.670	.194
EF14	El Equipo de Salud que atiende a un paciente es siempre el mismo	.587	.197	.216	.087
EF15	Los resultados de los exámenes de laboratorio son informados al paciente por un integrante del equipo de salud	.435	.483	-.084	-.235

Existen cuatro componentes significativas, que explican el 60% de la varianza de la dimensión. Estas componentes están conformadas por las siguientes variables:

Primera componente: EF1, EF4, EF7, EF8, EF9, EF11, EF12, EF14

Segunda componente: EF5, EF6, EF15

Tercera componente: EF3, EF13

Cuarta componente: EF10

La primera componente reúne prácticamente la totalidad de los conceptos asociados al Modelo de Salud Familiar, señalando que son inseparables para definir el EF de un CS. De esta manera, la accesibilidad (en términos de la oportunidad de atención de las demandas), la facilidad para realizar programas de actividad física, el trato recibido por el paciente, el enfoque bio-psicosocial, la orientación hacia la educación y la continuidad del cuidado, en cuanto a que un equipo de salud atienda siempre al mismo paciente, conforman la primera componente del EF de un Centro de APS.

La continuidad del cuidado (en cuanto que los resultados de exámenes de laboratorio sean informados por un miembro del equipo de salud) y los tiempos de espera de un paciente conforman la segunda componente del EF de un CS.

La facilidad para obtener una atención de examen de salud preventivo y el nivel con el que los médicos hacen entender las indicaciones a los pacientes definen la tercera componente de esta dimensión.

La aplicación de instrumentos de evaluación familiar conforma la cuarta componente que define el EF de un CS primario.

La primera componente se utiliza como la única variable del EF en este Segundo nivel, por poseer en amplitud todos los principios del Modelo de Salud Familiar.

Calidad del Proceso

El Análisis de Componentes Principales de las variables remanentes del Primer Nivel de la CP es estructurado en dos partes: Análisis de la varianza explicada por la componente (Tabla 61) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 62).

Tabla 61. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión CP.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	37.000	37.000
2	20.072	57.072
3	13.021	70.093
4	8.407	78.500
5	6.960	85.460
6	5.604	91.063
7	4.652	95.715
8	4.285	100.000

Tabla 62. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión CP en este nivel.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente		
		1	2	3
CP1	El protocolo de manejo de pacientes crónicos está disponible en los box de atención de los Centros de APS de la comuna	.712	-.452	.034
CP2	Los protocolos de manejo de pacientes crónicos han sido validados localmente	.766	-.334	.065
CP3	Los Equipos de Salud aplican los protocolos de pacientes crónicos en los Centros de APS de la comuna	.660	-.464	-.117
CP4	El equipamiento en los Centros de APS de la comuna es apropiado	.484	.679	.210
CP5	Las condiciones de infraestructura de los Centros de APS de la comuna son adecuadas	.461	.597	.457
CP7	La disponibilidad de exámenes de laboratorio es adecuada en los Centros de APS de la comuna	.491	.393	-.619
CP8	La disponibilidad de medicamentos comprados por la comuna para pacientes crónicos es adecuada en los Centros de APS de la comuna	.602	.288	-.449
CP9	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del paciente en los Centros de APS de la comuna	.617	-.139	.430

Existen tres componentes significativas que explican en conjunto un 70% de la variabilidad de la dimensión:

Primera Componente: CP1, CP2, CP3, CP8, CP9

Segunda Componente: CP4, CP5

Tercera Componente: CP7

La protocolización de procedimientos (conformación, validación y cumplimiento de protocolos) y de las atenciones clínicas conforman la primera componente de esta dimensión.

El equipamiento e infraestructura disponible en un CS define la segunda componente de la CP.

La disponibilidad de exámenes de laboratorio en la comuna conforma la tercera componente de la CP de un CS.

La primera y segunda componentes de este análisis son ocupadas como variables independientes de esta dimensión. La CP de un CS queda representada por los protocolos de un CS y el equipamiento e infraestructura para la atención. De esta forma, la variable CP7, correspondiente a la disponibilidad de exámenes de laboratorio, es depurada.

Coordinación con la Red

Considerando que en el análisis de confiabilidad no se excluyó ninguna variable, el análisis de Componentes Principales arrojaría el mismo resultado observado en el Análisis Descriptivo para esta dimensión (Tablas 22 y 23).

Las dos componentes observadas conforman las variables independientes de esta dimensión: La gestión que un CS realiza para coordinarse con las redes que lo circundan (primera componente) y el funcionamiento de las redes, administradas por un CS y por el nivel secundario y terciario (segunda componente).

Sistemas de Información

El Análisis de Componentes Principales de las variables remanentes del Primer Nivel de los SI es estructurado en dos partes: Análisis de la varianza explicada por la componente (Tabla 63) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 64).

Tabla 63. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión SI.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	66.018	66.018
2	16.716	82.734
3	9.359	92.093
4	4.550	96.642
5	3.358	100.000

Tabla 64. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión SI en este nivel.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente
SI2	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna es de buena calidad	.476
SI3	Los Centros de APS de la comuna poseen ficha clínica electrónica	.867
SI4	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones de gestión	.906
SI5	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones clínicas	.927
SI6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información sobre resultados de enfermedades crónicas que apoya la toma de decisiones	.802

Existe una única componente significativa que explica el 66% de la variabilidad de los SI.

La dimensión SI se estructura en una única componente definida como la presencia de sistemas electrónicos de apoyo a la toma de decisiones y la atención, y la calidad de la información clínico-sanitaria del paciente.

Prácticas de Gestión

Similarmente al caso de CR, el análisis de confiabilidad no excluyó ninguna variable, por lo que el análisis de Componentes Principales arrojaría el mismo resultado observado en el Análisis Descriptivo para esta dimensión (Tablas 32 y 33).

La única componente significativa (y que posee variables que carguen prioritariamente hacia ella) define la variable independiente que se utilizará en este segundo grupo y que está representada por la Gestión del cambio, Capacitación, Sofisticación y Clima Laboral de un CS primario.

Efectividad

Similarmente al caso de CR y PG, el análisis de confiabilidad no excluyó ninguna variable, por lo que el análisis de Componentes Principales arrojaría el mismo resultado observado en el Análisis Descriptivo para esta dimensión (Tablas 39 y 40).

Las dos componentes observadas (Percepción de Calidad del paciente y Sistemas de Control) conforman las variables independientes utilizadas para esta dimensión.

Liderazgo

El Análisis de Componentes Principales de las variables remanentes del Primer Nivel del Liderazgo de los Directores de los CS es estructurado en dos partes: Análisis de la varianza explicada por la componente (Tabla 65) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 66).

Tabla 65. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión Liderazgo.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	39.099	39.099
2	23.417	62.515
3	7.790	70.305
4	6.958	77.263
5	6.078	83.341
6	4.941	88.281
7	4.214	92.495
8	3.064	95.560
9	2.325	97.885
10	2.115	100.000

Tabla 66. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión Liderazgo en este nivel.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente	
		1	2
L1	Los directores de los Centros de APS de la comuna dan a los integrantes de los grupos de trabajo la posibilidad de expresar sus opiniones	.813	.043
L3	Cuando las cosas van mal, los directores de los Centros de APS convocan a una reunión para conversar con los equipos	.731	.204
L4	Cuando hay diferencias en la definición de responsabilidades, los directores de los Centros de APS se reúnen con su equipo para resolverlas en conjunto	.815	-.182
L5	Los directores de los Centros de APS permiten a sus equipos de salud fijar prioridades dentro de los límites que ellos establecen	.754	.004
L6	En determinadas situaciones, los directores de los Centros de APS permiten a sus equipos tomar decisiones dentro de los límites establecidos	.826	-.025
L7	Los directores de los Centros de APS preguntan a sus equipos de salud ideas para futuros planes y proyectos	.858	-.152
L9	Los directores de los Centros de APS siempre son la autoridad final de la toma de decisiones dentro del departamento o equipo, sin importar el problema que enfrenten	.004	.797
L10	Los directores de los Centros de APS le dicen a los equipos de salud qué tarea se debe hacer y cómo realizarla	.049	.768
L11	Cuando algo anda mal, los directores de los Centros de APS deciden por si mismos un nuevo plan de acción	-.087	.804
L13	Los directores de los Centros de APS se sienten cómodos con el poder que su posición de líder les otorga por sobre sus subordinados	.232	.609

Existen dos componentes significativas que explican el 62.5% de la variabilidad de la dimensión:

Primera componente: L1, L3, L4, L5, L6, L7

Segunda componente: L9, L10, L11, L13

El Liderazgo Participativo y Autoritario que un Director de un CS posea, conforma la primera y segunda componente de esta dimensión, respectivamente.

La dimensión Liderazgo queda definida con dos variables independientes, correspondientes a las dos componentes significativas observadas.

Contexto

El Análisis de Componentes Principales de las variables remanentes del Primer Nivel del Contexto es estructurado en dos partes: Análisis de la varianza explicada por la componente (Tabla 67) y Análisis de la matriz de componentes (Tabla 68).

Tabla 67. *Porcentaje de la varianza total explicada por las componentes definidas en las variables pertenecientes a la dimensión Contexto.*

Componente	Autovalores iniciales	
	% de la varianza	% acumulado
1	65.211	65.211
2	23.368	88.579
3	11.421	100.000

Tabla 68. *Matriz de componentes de las variables pertenecientes a la dimensión Contexto en este nivel.*

Código Pregunta	Pregunta	Componente
C2	El municipio dispone de programas de apoyo comunales para enfermos crónicos	.700
C3	La EAMS cuenta con el respaldo del Servicio de Salud en las decisiones complejas	.827
C4	La EAMS cuenta con el respaldo de las autoridades comunales en las decisiones complejas	.884

Existe una única componente significativa que explica el 65.2% de la variabilidad del Contexto.

De esta forma, el Contexto de un CS se estructura en una única componente definida como el apoyo que el municipio otorga a la salud municipal, la cual conforma la única variable independiente del Contexto.

4.4 ANÁLISIS DE REGRESIÓN

El Análisis de Regresión se estructura de acuerdo a las siguientes variables:

- (1) Independientes: Se utilizan dos grupos distintos de variables independientes
 - i. Dimensiones y subdimensiones del Modelo Empírico
 - ii. Selección de variables
- (2) Dependientes: Se utilizan tres tipos de variables dependientes:
 - i. Control efectivo de HTA corregido
 - ii. Años de Vida Potencialmente Perdidos
 - iii. Sesgo comunal de control efectivo de HTA.

De esta forma, este capítulo se divide en dos secciones (correspondientes al análisis para los dos grupos distintos de variables independientes) que contienen tres tipos de análisis¹⁹ (con tres variables dependientes distintas).

4.4.1 Primer Grupo. Análisis con dimensiones y subdimensiones del modelo empírico

Las dimensiones y subdimensiones del Modelo Empírico establecido son capaces, en conjunto, de explicar significativamente la variabilidad de la variable correspondiente a los AVPP (Tabla 69).

¹⁹ Se presentan únicamente los análisis que otorgan un valor significativo a la regresión.

Tabla 69. *Tabla ANOVA de la regresión del primer grupo de variables independientes y de los AVPP como variable dependiente.*

ANOVA						
	Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	47819735,185	35	1366278,148	2,955	,000 ^a
	Residual	69347207,810	150	462314,719		
	Total	1,172E8	185			

Este análisis de regresión permite extraer tres conclusiones principales del modelo (Tabla 70):

- (1) El funcionamiento de la red de atención de salud de la comuna posee un impacto sobre la calidad de la atención, al reducir significativamente los AVPP comunales.
- (2) La capacitación entregada a los equipos de salud es un factor que genera buenos resultados comunales en cuanto a que reduce el número de AVPP de la población.
- (3) Los AVPP de una comuna con mecanismo de financiamiento per-cápita son mayores a los de una comuna costo fijo.

Existen otras variables con significancia en esta regresión. Sin embargo, el signo de su coeficiente no permite realizar un análisis coherente. Estas variables son la Dotación de los Equipos de Salud y la presencia de Ficha clínica electrónica.

Tabla 70. *Significancia de los coeficientes de regresión al utilizar el primer grupo de variables independientes y los AVPP como variable dependiente.*

Modelo	Coeficientes tipificados		t	Sig.
	Pregunta	Beta		
(Constante)			-2,591	,011
1	B1.1 Dotación ES	,260	2,982	,003
	B1.2 Rotación ES	,085	1,063	,289
	B1.3 Calidad ES	,178	1,964	,051
	B1.4 Seguridad ES	-,004	-,054	,957
	B2.1 Accesibilidad	-,084	-,860	,391
	B2.2 Facilidad de Atención	,049	,568	,571
	B2.3 Tiempo de Espera	,071	,789	,431
	B2.4 Buen Trato	-,193	-1,768	,079
	B2.5 Enfoque Bio-psicosocial	-,024	-,269	,788
	B2.6 Orientación hacia la educación	-,091	-1,092	,277
	B2.7 Continuidad del cuidado	-,118	-1,262	,209
	B3.1 Soporte para las decisiones	,039	,392	,696
	B3.2 Recursos y servicios	,122	1,308	,193
	B4.1 Información	,012	,124	,901
	B4.2 Protocolos de Derivación	,031	,274	,784
	B4.3 Funcionamiento de la Red	-,186	-2,206	,029
	B4.4 Frecuencia de derivación	-,031	-,320	,750
	B4.5 Apoyo al paciente	,052	,582	,562
	B4.6 Interconsultas	,152	1,509	,133
	B5.1 Disponibilidad	,109	1,264	,208
	B5.2 Calidad	-,061	-,608	,544
	B5.3 Ficha clínica	,301	2,493	,014
	B5.4 Decisiones de gestión	-,005	-,032	,975
	B5.5 Decisiones clínicas	,094	,587	,558
	B5.6 Sistema de enfermedades crónicas	-,057	-,538	,591
	B6.1 Gestión del Cambio	,097	,945	,346
	B6.2 Capacitación	-,365	-3,050	,003
	B6.3 Sofisticación	,160	1,867	,064
	B6.4 Clima Laboral	,100	1,112	,268
	B7.1 Percepción de Calidad	-,059	-,514	,608
	B7.2 Sistemas de Control	,175	1,774	,078
	B8.1 Gestión comunal	-,090	-,951	,343
	B9.1 Participativo	,034	,371	,711
	B9.2 Autoritario	,086	1,203	,231
Percápita		,233	3,178	,002

Finalmente, este grupo de variables no es capaz de explicar significativamente la variable de control de HTA corregida por el sesgo, ni el sesgo comunal del control efectivo, por lo que se opta por excluirlas de este análisis.

4.4.2 Segundo grupo. Análisis con selección de variables

El segundo grupo de variables es capaz de explicar significativamente en su conjunto, la variabilidad del sesgo comunal de los valores del Control Efectivo de HTA (Tabla 71).

Tabla 71. *Tabla ANOVA de la regresión del segundo grupo de variables independientes y el sesgo comunal de control efectivo de HTA como variable dependiente.*

ANOVA						
	Modelo	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	.991	14	.071	2.375	.005
	Residual	5.099	171	.030		
	Total	6.090	185			

De esta regresión es posible obtener las siguientes tres observaciones (Tabla 72):

- (1) La protocolización de procedimientos (conformación, validación y cumplimiento de protocolos) y las atenciones clínicas presentan un impacto significativo sobre la calidad de la APS de una comuna (en cuanto a que el sesgo es más pequeño).
- (2) La gestión que un CS realiza para coordinarse con las redes que lo circundan explica de manera significativa una mejor atención en un Centro de APS.
- (3) Cuando un Director de Centro de APS ejerce un estilo de liderazgo con características autoritarias (y no participativo), se genera un impacto positivo sobre la calidad de la atención.

La Dotación y competencias técnicas de los equipos de salud también resultan significativas. Sin embargo, no es posible darles una explicación razonable para el signo de su coeficiente, puesto que el análisis señala que posee un impacto negativo sobre el sesgo comunal del control efectivo de HTA.

Tabla 72. *Significancia de los coeficientes de regresión al utilizar el segundo grupo de variables independientes y el sesgo comunal de control efectivo de HTA como variable dependiente.*

Código variable	Nombre variable	Coeficiente	t	Sig.
		<u>s</u> <u>tipificados</u> Beta		
(Constante)			1.192	.235
D1.1	Dotación y competencias técnicas	.172	2.016	.045
D2.1	Modelo de Salud Familiar	.063	.542	.588
D3.1	Protocolización de la atención	-.169	-2.266	.025
D3.2	Equipamiento e infraestructura	-.145	-1.797	.074
D4.1	Gestión de la red de salud	-.221	-2.465	.015
D4.2	Funcionamiento de la red de salud	.139	1.732	.085
D5.1	Sistemas electrónicos de apoyo a las decisiones	-.091	-1.067	.287
D6.1	Prácticas de gestión	.145	1.441	.151
D7.1	Percepción de Calidad	-.006	-.063	.950
D7.2	Sistemas de Control	-.123	-1.260	.209
D8.1	Apoyo municipal	.059	.693	.489
D9.1	Liderazgo participativo	.207	2.356	.020
D9.2	Liderazgo autoritario	-.167	-2.282	.024
Percápita	Mecanismo de financiamiento	-.034	-.453	.651

Por otra parte, este grupo de variables es capaz de explicar significativamente en su conjunto, la variabilidad de los AVPP (Tabla 73)

Tabla 73. *Tabla ANOVA de la regresión del segundo grupo de variables independientes y los AVPP como variable dependiente.*

ANOVA ^b						
Modelo		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
1	Regresión	31831265,910	14	2273661,851	4,556	,000 ^a
	Residual	85335677,085	171	499039,047		
	Total	1,172E8	185			

De esta regresión, es posible mencionar las siguientes observaciones (Tabla 74):

- (1) El funcionamiento de las redes, administradas por un CS y por el nivel secundario y terciario, permiten poseer una mejor calidad de la atención.

- (2) El apoyo que el municipio otorga a la salud municipal es determinante en la calidad de la APS entregada a la población.

Sin embargo, al igual que los otros análisis, existen algunas variables para las que no es posible entregar una interpretación razonable. Estas variables son Equipamiento e infraestructura, Gestión de la red de salud y los Sistemas electrónicos de apoyo a las decisiones.

Tabla 74. *Significancia de los coeficientes de regresión al utilizar el segundo grupo de variables independientes y los AVPP como variable dependiente.*

Código Variable	Nombre variable	Coeficientes tipificados	t	Sig.
		Beta		
(Constante)			-1,764	,079
D1.1	Dotación y competencias técnicas	,164	2,064	,041
D2.1	Modelo de Salud Familiar	-,098	-,912	,363
D3.1	Protocolización de la atención	,085	1,218	,225
D3.2	Equipamiento e infraestructura	,189	2,508	,013
D4.1	Gestión de la red de salud	,167	1,995	,048
D4.2	Funcionamiento de la red de salud	-,197	-2,626	,009
D5.1	Sistemas electrónicos de apoyo a las decisiones	,305	3,849	,000
D6.1	Prácticas de gestión	,027	,282	,778
D7.1	Percepción de Calidad	-,150	-1,607	,110
D7.2	Sistemas de Control	,128	1,403	,163
D8.1	Apoyo municipal	-,156	-1,966	,051
D9.1	Liderazgo participativo	,003	,040	,968
D9.2	Liderazgo autoritario	,074	1,080	,282
Percápita	Mecanismo de financiamiento	,262	3,713	,000

5. CONCLUSIONES

El siguiente capítulo presenta las conclusiones de la investigación, la cual se estructura en dos secciones: Hallazgos, y Propuestas y Proyecciones.

5.1 HALLAZGOS

Esta sección describe las conclusiones generales de la investigación además de algunas conclusiones específicas que surgen en torno a temas como la administración municipal de la salud, al Modelo de Salud Familiar, las normas establecidas para la operación de la APS, la protocolización de la atención, la información disponible para la atención y la metodología de esta investigación.

Esta investigación permitió realizar un exhaustivo Análisis Descriptivo, que entrega información valiosa sobre la realidad nacional de la APS a nivel comunal y sobre la imagen que los Directores de Salud comunales poseen sobre la atención. Respecto de cada dimensión del Modelo (Equipos de Salud, Enfoque Familiar, Calidad del Proceso, Coordinación con la Red, Sistemas de Información, Prácticas de Gestión, Efectividad, Liderazgo y Contexto), a continuación se describen las conclusiones obtenidas de esta sección.

5.1.1 Equipos de Salud

Respecto a los equipos de salud trabajando en los Centros de APS, la imagen de los Directores de Salud Municipal permite concluir lo siguiente:

- (1) Se concibe esta dimensión principalmente como la dotación de profesionales y sus competencias para la atención primaria.
- (2) Existe una gran escasez de médicos para la APS los que, además, presentan una alta rotación en sus cargos.
- (3) La calidad de los equipos de salud trabajando en la APS es adecuada para los requerimientos de la población.

5.1.2 Enfoque Familiar

De la visión que los Directores de Salud poseen sobre el enfoque familiar de los Centros de APS se pueden destacar los siguientes puntos:

- (1) Se concibe correctamente al Enfoque Familiar que un CS posea como los principios del Modelo de Salud Familiar ejecutados al momento de la atención.
- (2) El Enfoque Familiar de un CS se compone principalmente por el Buen Trato de los profesionales, la Aplicación de instrumentos de evaluación familiar y la Continuidad del cuidado.
- (3) Casi la mitad de los Centros de APS del país posee un tiempo de espera inadecuado para solicitar una hora de atención de un profesional.
- (4) No es habitual que la orientación de la atención se realice con enfoque bio-psicosocial.
- (5) La implementación del Modelo de Salud Familiar se ha llevado a cabo de forma regular en los distintos CS del país.

5.1.3 Calidad del Proceso

La opinión de los Directores de Salud Municipales respecto a la Calidad del Proceso de atención, permite señalar lo siguiente:

- (1) El equipamiento y la infraestructura se conciben como parte importante de esta dimensión, mencionando la constante carencia de estos recursos.
- (2) La protocolización de la atención se ejecuta de forma irregular (los protocolos existen pero no son siempre aplicados ni validados localmente, además de no estar disponibles en todos los box de atención) y conforma en gran medida la calidad del proceso de atención de un paciente.
- (3) La gestión de reclamos es una práctica recurrente para los pacientes.

5.1.4 Coordinación con la Red

La percepción de los encuestados con respecto a esta dimensión se puede resumir en lo siguiente:

- (1) La gestión que un CS realiza para coordinarse con las redes locales y de otros niveles de atención se realiza de forma regular, pese a poseer la información disponible para su utilización.
- (2) El funcionamiento de las redes que circundan un CS forma parte importante de lo que la visión que se tiene sobre la coordinación con la red.

5.1.5 Sistemas de Información

Los sistemas de información presentes en un CS son descritos de acuerdo a lo siguiente:

- (1) Pese a que en la mayoría de los casos la información del paciente está al momento de la atención, la ficha clínica electrónica está presente en 1 de cada 3 encuestados.
- (2) La presencia de sistemas electrónicos que apoyen la toma de decisiones es lo que se concibe como sistemas de información. Estos sistemas poseen un enorme déficit para la APS.

5.1.6 Prácticas de gestión

Respecto a las prácticas de gestión que los Directores de Salud Municipal observan en los CS, se puede concluir lo siguiente:

- (1) La adopción y generación de nuevas prácticas es parte importante de la imagen de los Directores de Salud sobre esta dimensión.
- (2) Las prácticas de gestión de un CS están conformadas en gran parte por las capacitaciones realizadas a los equipos de salud.

- (3) Las capacitaciones realizadas a los equipos de salud se realizan únicamente por cumplir con las obligaciones legales establecidas y en la mitad de las comunas no se aplican de acuerdo a las necesidades de los usuarios que padecen EC.
- (4) Existe una desigual evaluación en las prácticas de gestión de los CS dependiendo de la comuna en la que se esté preguntando.

5.1.7 Efectividad

Los Directores de Salud evalúan la efectividad de la atención de los CS bajo la visión resumida en los siguientes puntos:

- (1) La efectividad se compone principalmente de la satisfacción del paciente con la atención clínica y de la utilización de indicadores para controlar EC en la población.
- (2) Los pacientes están, en gran medida, satisfechos con la atención recibida.
- (3) Existe un gran déficit de sistemas de control de gestión en los Centros de APS del país.
- (4) Existe una gran diferencia en la evaluación que los Directores de Salud realizan de la Efectividad de la atención de su comuna.

5.1.8 Liderazgo

Respecto al liderazgo que el Director de cada CS ejerce sobre el personal, la visión observada es la siguiente:

- (1) Los Directores de los CS utilizan un liderazgo bastante participativo con sus subordinados. Esto se ilustra en que frecuentemente realizan prácticas participativas como permitir expresar opiniones, convocar a reuniones para conversar problemas contingentes, permitir fijar prioridades y preguntar por los futuros planes y proyectos.
- (2) Las prácticas autoritarias no son frecuentemente aplicadas por los Directores de los CS: no son la autoridad final en la toma de decisiones, los equipos no siempre

reciben instrucciones en las tareas a realizar, las decisiones no pasan únicamente por el líder y no amenazan a sus equipos para conseguir metas.

5.1.9 Contexto

El contexto que los Directores de Salud observan en su comuna contiene lo siguiente:

- (1) El apoyo otorgado por el Municipio (en cuanto a los programas de apoyo y el respaldo de las autoridades comunales) y el Servicio de Salud (en cuanto al respaldo del personal del Servicio) a la APS es regular.
- (2) Existe una participación media de las organizaciones comunales en la toma de decisiones de un CS.

Por otra parte, la ausencia de resultados contundentes en el Análisis de Regresión (que implica la inutilización de gran parte del Modelo Conceptual definido) se explica principalmente por la inexistencia de información confiable para ser utilizada como variable dependiente de la calidad de la APS: la confiabilidad de los Registros Estadísticos Mensuales (REM) es prácticamente nula en los datos correspondientes al control de HTA y DM.

Los datos obtenidos a partir de los REM carecen de la confiabilidad adecuada para ser utilizados como indicadores de desempeño de la APS. De hecho, pese a ser contemplados con la corrección de sesgos, la cobertura efectiva de HTA no arrojó ningún resultado significativo en el análisis de regresión.

Más aún, los reportes de los REM se ajustan a las metas establecidas por el MINSAL y no reflejan la realidad de la APS en cada comuna (considerando las enormes diferencias en la dispersión de los datos de los REM versus la ENS).

Por otra parte, la última ENS mostró que la prevalencia de diabetes prácticamente se duplicó (Ministerio de Salud, 2010), lo cual podría afectar a las diferencias observadas en esta enfermedad.

Sin embargo, es posible extraer algunas conclusiones con respecto a las variables relevantes para una mejor gestión de la APS. La Componente de Gestión genera un impacto mayor que la Componente Clínico- Sanitaria sobre la calidad de la atención entregada por un CS. En particular, las variables más relevantes para explicar una buena gestión de la APS son las siguientes cinco:

- (1) El funcionamiento y coordinación con las redes de salud que circundan un CS.
- (2) La capacitación otorgada a los equipos de salud que trabajan en la APS.
- (3) La protocolización de los procedimientos realizados al interior de un CS
- (4) El estilo de liderazgo con características autoritarias que presenta un Director de un CS.
- (5) El apoyo que las autoridades municipales otorgan a la salud entregada a la población

5.1.10 Conclusiones específicas

Respecto a la administración municipal de la salud primaria, se concluye siguiente:

- (1) Existe una evidente desigualdad entre las condiciones que viven las distintas comunas del país en cuanto a la atención primaria otorgada a la población.
- (2) La disposición general de los municipios a responder encuestas es mala, lo cual dificulta ampliamente la investigación y el desarrollo del conocimiento.

Por otra parte, el Modelo de Salud Familiar presenta al menos tres complicaciones para los Directores de Salud Municipal:

- (1) Genera cierta desconfianza de su efectividad para la atención.
- (2) No es totalmente comprendida su concepción y aplicación.
- (3) La inclusión de la familia no es considerada como un eje central para la atención de salud.

Existe una brecha entre la realidad observada en los CESFAM del país y la norma establecida para la operación de estos establecimientos, en los siguientes aspectos:

- (1) La atención de los días sábados es una práctica obligatoria que no es frecuentemente cumplida.
- (2) El buen trato hacia el paciente no es aplicado en la totalidad de los casos encuestados.

Es posible mejorar en la protocolización de los procesos de atención de salud, al menos en dos aspectos:

- (1) Realizar una mejor capacitación requerida para la adopción de estos procedimientos por parte del personal.
- (2) Mejorar los protocolos del proceso de derivación a otros niveles de atención.

Respecto a la gestión de la información, se concluye lo siguiente:

- (1) La importancia de la disponibilidad de la información clínica del paciente al momento de la atención es un concepto instalado en las prácticas que un CS posee para atender a su población (independiente de la presencia de sistemas electrónicos para su apoyo).
- (2) Los Directores de Salud no comprenden a la ficha clínica electrónica como un sistema de información.

Por último, en los aspectos metodológicos de la investigación, se concluye lo siguiente:

- (1) La encuesta aplicada a los Directores de Salud del país posee la desventaja de utilizar los datos de la auto-apreciación de la realidad comunal de la salud. Esto genera que los datos registrados para cada componente del modelo no posean la confiabilidad esperada para el análisis.

- (2) Considerando la longitud de la encuesta, es posible que las preguntas no hayan sido respondidas tomando la importancia que un estudio de investigación requiere, lo que afectaría la confiabilidad de los datos utilizados.

5.2 PROPUESTAS Y PROYECCIONES

Si bien las autoridades presentan como una constante preocupación el control de las EC, es necesario redoblar los esfuerzos realizados (tanto teóricos como prácticos) para avanzar hacia el control de estas enfermedades para la población.

Se debe revisar la pertinencia de las normas establecidas para la regulación de los Centros de APS del país.

Dada la diferencia observada entre el personal profesional y no profesional, es sugerente ahondar a futuras investigaciones en el impacto separado que generan ambos grupos.

Se debe avanzar en la adopción de tecnologías que permitan, tanto poseer la información clínica del paciente (Ficha clínica electrónica), así como también el apoyo en la toma de decisiones clínicas y de gestión.

Es fundamental avanzar en el manejo de la información de cada CS, en dos aspectos principales:

- (1) Definir indicadores relevantes y confiables para medir la calidad de la APS en el país.
- (2) Construir un proceso de recolección de datos clínico-sanitarios que permita obtener información confiable de la atención de salud de un Centro de APS.

Finalmente, para futuras investigaciones, se debieran considerar los siguientes puntos:

- (1) Acotar el universo de comunas a realizar el estudio, tomando un conjunto de municipios vulnerables a los cuales aplicar la encuesta.
- (2) Aplicar el instrumento a los Directores de los CS, obteniendo una mirada más local de la realidad de la APS en las comunas del país.
- (3) Contemplar el compromiso que cada municipio posee con la APS a través de la incorporación de la variable del per-cápita gastado de los fondos de cada municipio.

6. BIBLIOGRAFÍA

- Abegunde, D. O., Mathers, C. D., Adam, T., Ortegon, M., & Strong, K. (2007). The burden and cost of chronic diseases in low-income and middle-income countries. *Lancet* , 370, 1929-38.
- Acosta, L., Burrone, M., Neira, M. L., Lucchese, M., Cometto, C., Ciuffolini, B., et al. (2011). Análisis de la satisfacción del usuario en centros de salud del primer nivel de atención en la provincia de Córdoba, Argentina. *Enfermería Global* (21), 1-13.
- Althausen Kortemeier, C., Villouta Cassinelli, M. F., & Püschel Illanes, K. (2009). *Evaluación de la implementación del Modelo de control de enfermedades crónicas en el programa cardiovascular del CESFAM Juan Pablo II*. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Departamento de Medicina Familiar, Santiago.
- Anderson, G. F. (2009). Missing in Action:International Aid Agencies in Poor Countries to Fight Chronic Disease. *HealthAffairs* , 28 (5), 202-205.
- Arnold, J. A., Arad, S., Rhoades, J. A., & Drasgow, F. (2000). The empowering leadership questionnaire:the contruction and validation of a new scale for measuring leader behaviors. *Journal of organizational behaviour* , 21, 249-269.
- Barceló, A., Aedo, C., Rajpathak, S., & Robles, S. (2003). The cost of diabetes in Latin America and the Caribbean. *Bulletin of the World Health Organization* , 81 (1), 19-27.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Physochological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Phychology* , 51 (6), 1173-1182.
- Beasley, J. W., Starfield, B., van Weel, C., Rosser, W. W., & Haq, C. L. (2007). Global Health and Primary Care Research. *The Journal of the American Board of Family Medicine* , 20 (6), 518-526.

- Bitrán, R., Escobar, L., & Gassibe, P. (2010). After Chile's Health Reform: Increase in Coverage and Access, Decline in Hospitalization and Death Rates. *HealthAffairs* , 29 (12), 2161-2170.
- Bodenheimer, T. (2011). Lessons from the Trenches - A High-Functioning Primary Care Clinic. *The New England Journal of Medicine* .
- Bodenheimer, T., Lorig, K., Holman, H., & Grumbach, K. (2002). Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA* , 288 (19), 2469-2475.
- Bodenheimer, T., Starfield, B., Treadway, K., Goroll, A. H., & Lee, T. H. (2008, December). The Future of Primary Care - The Community Responds. (R. Scheffler, Ed.) *The New England Journal of Medicine* , 2636-2639.
- Calhoun, D. A., & Oparil, S. (1999). Gender and Blood Pressure. In J. Izzo, & H. Black, *Hypertension Primer* (pp. 229-232). American Hearth Association.
- Carbajal, H. A., Salazar, M. R., Riondeti, B., Rodrigo, H. F., Quaini, S. M., Rechifort, V., et al. (2001). Variables Asociadas a Hipertensión Arterial en una Región de la Argentina. *Medicina* , 61 (6), 801-809.
- Chu, M., Koljatic, M., & Silva, M. (2006). Áncora: Una universidad privada en la prestación de servicios de salud a los pobres. Boston, MA, USA: Harvard Business School.
- Clark, D. (1998). *Big Dog & Little Dog*. Retrieved from <http://www.nwlink.com/~donclark/leader/survstyl.html>
- Cooper, R. S. (1999). Geographic Patterns of Hypertension A Global Perspective. In J. Izzo, & H. Black, *Hypertension Primer* (pp. 224-225). United States: American Hearth Association.
- Cuba-Fuentes, M., Jurado, A., & Estrella, E. (2011). Evaluación del cumplimiento de los atributos de la Atención Primaria y grado de satisfacción de los usuarios de un establecimiento de primer nivel de atención. *Revista Med Hered* , 22 (1).

- Cushman, W. C. (1999). Alcohol Use and Blood Pressure. In J. Izzo, & H. Black, *Hypertension Primer* (pp. 263-265). American Heart Association.
- Flack, J. M., Staffileno, B. A., & Yunis, C. (1999). Ethnicity and Socioeconomic Status in Hypertension. In J. Izzo, & H. Black, *Hypertension Primer* (pp. 239-241). American Heart Association.
- Garvin, D. A., Edmondson, A. C., & Gino, F. (2008). Is Yours a Learning Organization? *Harvard Business Review* , 1-11.
- Jones, D. W. (1999). Socioeconomic Status and Blood Pressure. In J. Izzo, & H. Black, *Hypertension Primer* (pp. 242-243). American Heart Association.
- Kerssens, J. J., Groenewegen, P. P., Sixma, H. J., Boerma, W. G., & Eijk, I. v. (2004). Comparison of patient evaluations of health care quality in relation to WHO measures of achievement in 12 European countries. *Bulletin of the World Health Organization* , 82 (2), 106-114.
- Kringos, D. S., Boerma, W. G., Hutchinson, A., van der Zee, J., & Groenewegen, P. P. (2010, March). The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BioMed Central* .
- Macinko, J., Dourado, I., & Guanais, F. C. (2011). *Chronic Diseases, Primary Care and Health Systems Performance - Diagnostics, Tools and Interventions* (Vols. No. IDB-DP-189). (I.-A. D. Bank, Ed.)
- Mallou, J. V., Boubeta, A. R., & Cueto, E. G. (2003). Presentación de una Escala de Satisfacción con los Servicios Sanitarios de Atención Primaria. *Psicotherma* , 15 (4), 656-661.
- Margozzini, P. (2011). Comparaciones Válidas ENS2003-2009. Datos no publicados.
- Marín-Reyes, F., & Rodríguez-Morán, M. (2001). Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. *Salud Pública de México* , 43 (4), 336-339.

- Martínez, S., Carrasquilla, G., Guerrero, R., Gómez-Dantés, H., Castro, V., Arreola-Ornelas, H., et al. (2011). Cobertura efectiva de las intervenciones en salud de América Latina y el Caribe: métrica para evaluar los sistemas de salud. *Salud Pública Méx* , 53 (2), 78-84.
- Ministerio de Salud. (2011). *Departamento de Estadísticas e Información de Salud*. Retrieved 2011, from www.deis.cl
- Ministerio de Salud. (2010). *Encuesta Nacional de Salud ENS 2009-2010*. Pontificia Universidad Católica de Chile, Facultad de Medicina, Santiago, Chile.
- Ministerio de Salud. (2007). Estudio Carga de enfermedad y Carga de enfermedad atribuible. Santiago.
- Ministerio de Salud. (2006). *Estudio nacional sobre Satisfacción y Gasto en Salud*. Subsecretaría de Salud Pública del Gobierno de Chile, División de Planificación Sanitaria.
- Ministerio de Salud. (2011). *Orientación técnica y metodología de evaluación: Índice de Actividad de la Atención Primaria IAAPS*. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud, División de Atención Primaria, Santiago.
- Ministerio de Salud, A. (2011). *Encuesta de Satisfacción Usuaría*. Ministerio de Salud de Chile.
- Montero, J., Majluf, N., Corbalán, J., Herrera, C., Mansilla, C., Peñaloza, B., et al. (2011). Elementos claves para la implementación de un modelo de gestión en la salud municipal. In C. d. Pontificia Universidad Católica de Chile, *Propuestas para Chile - Concurso Políticas Públicas 2011*. Santiago, Chile.
- Montero, J., Poblete, F., Torche, A., Vargas, V., Soto, M., Hernández, L., et al. (2008). Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per-cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención. In C. d. Públicas, *Camino al Bicentenario Propuestas para Chile* (pp. 73-94). Santiago, Chile.

- Moral, R. R., Dios, A. A., García, C. J., Neubauer, V. G., Torres, M. G., Torres, L. A., et al. (2010, Octubre). Percepción de los pacientes sobre la atención recibida por el personal no sanitario en los centros de salud. *Revista de Calidad Asistencial* , 1-7.
- National Health Service (NHS). (2009). *Primary Care & Community Services: Improving quality in primary care*. London.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). *Informe sobre la Salud en el Mundo- La atención primaria de salud - Más necesaria que nunca*. Ginebra: Ediciones de la OMS.
- Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA). (1991). *The Role of the General Practitioner / Family Physician in Health Care Systems*.
- Pan American Health Organization. (2007). *Health in the Americas*. Washington DC, United States of America.
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2002). *Anteproyecto de Red Atención Primaria Familiar*.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2009). Garantizar derechos en salud: la complejidad de cambiar. In P. d. Desarrollo, *Desarrollo Humano en Chile: La manera de hacer las cosas* (pp. 70-87). Santiago, Chile.
- Radley, D. C., & Schoen, C. (2012). Geographic Variation in Acces to Care - The Relationship with Quality. *The New England Journal of Medicine* .
- Red Salud UC, Facultad de Medicina. (2011). Panel de Indicadores Administración Central Red de Centros de Salud Familiar UC. Chile.
- Rosal, R. S.-d., & Lorient-Arín, N. (2008). La anatomía de la satisfacción del paciente. *Salud Pública Mex* , 50 (2), 162-172.
- Sacks, F. M. (1999). Overall Dietary Patterns and Blood Pressure. In J. Izzo, & H. Black, *Hypertension Primer* (pp. 244-246). American Hearth Association.

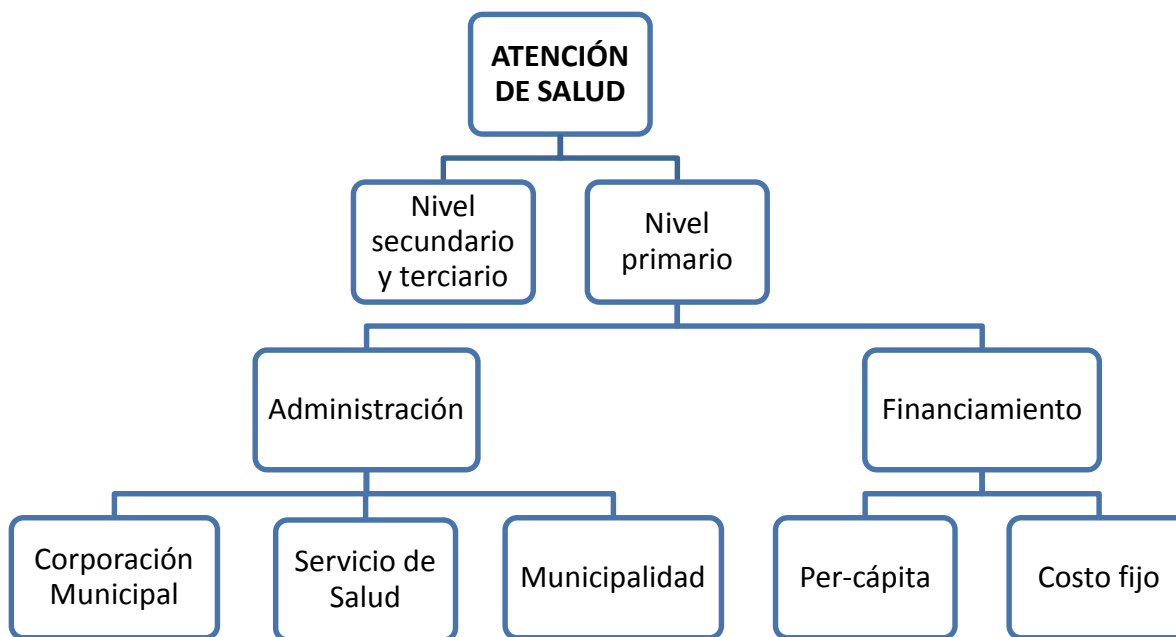
- Schoen, C., Osborn, R., Doty, M. M., Squires, D., Peugh, J., & Applebaum, S. (2009). A Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries, 2009: Perspectives on Care, Costs, And Experiences. *Health Affairs* , 1171-1183.
- Shi, L., Starfield, B., & Xu, J. (2001). Validating de Adult Primary Care Assessmet Tool. *The Journal of Family Practice* , 50 (2), 161-175.
- Simons-Morton, D. G. (1999). Physical Activity, Fitness, and Blood Pressure. In J. Izzo, & H. Black, *Hypertension primer* (pp. 259-262). American Hearth Association.
- Singer, S., & Shortell, S. M. (2011). Implementing Accountable Care Organizations Ten Potential Mistakes and How to Learn from Them. *Journal of American Medical Association* , 306 (7), 758-759.
- Sociedad Chilena de Medicina Familiar. (2000). *Propuesta para un Modelo de Atención de Salud en Chile incorporando la Medicina Familiar*. Santiago, Chile.
- Starfield, B. (1994). Is primary care essential? *The Lancet* , 344 (8930), 1129-1133.
- Starfield, B. (2012). Primary Care: An increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. *Gaceta Sanitaria* , 20-26.
- Téllez, Á. (2006). Atención primaria : factor clave en la reforma al sistema de salud. *Temas de la Agenda Pública* .
- Thom, T. J. (1999). Trends in Blood Pressure Control and Mortality. In J. Izzo, & H. Black, *Hypertension Primer* (pp. 268-270). American Hearth Association.
- Vergara, M. (2007). Gestión de Salud Pública y de provisión de servicios de salud en los municipios de la Región Metropolitana. In Expansiva, O. C. UC, & E. d. PUC, *La reforma municipal en la mira* (pp. 135-158). Santiago, Chile.
- Vroom, V. H., & Jago, A. G. (1988). *The New Leadership Managing Participation in Organizations*. (C. Brown, Ed.) United States of America: Prentice Hall.

Wong, S. Y., Kung, K., Griffiths, S. M., Carthy, T., Wong, M. C., Lo, S. V., et al. (2010). Comparison of primary care experience among adults in general outpatients clinics and private general practice clinics in Hong Kong. *BMC Public Health* .

7. ANEXOS

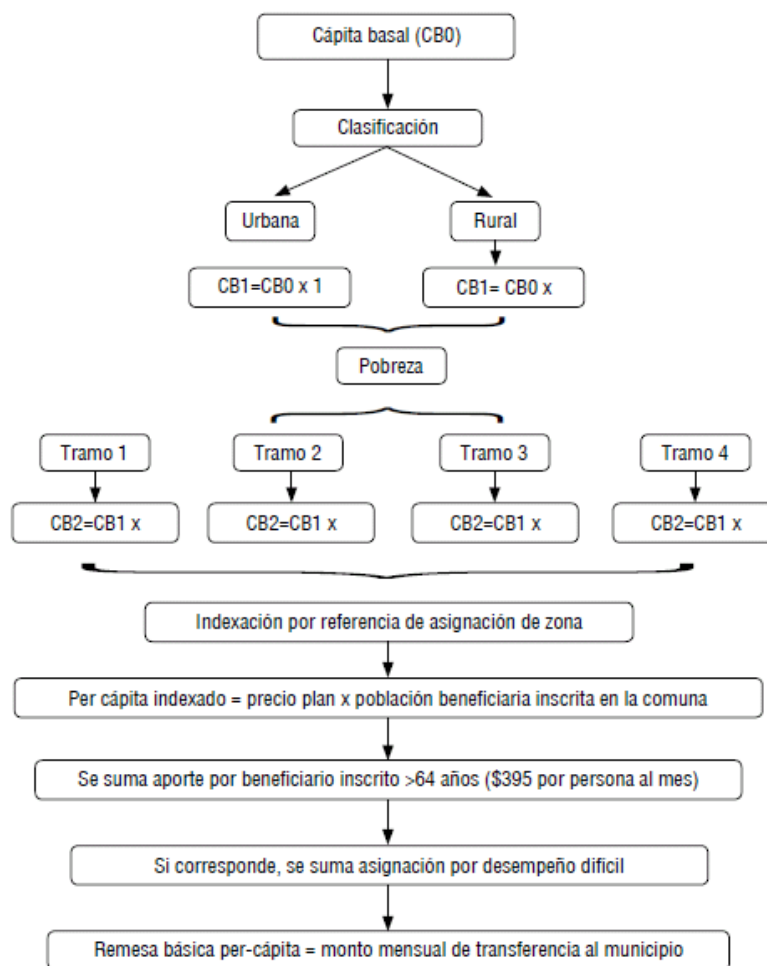
ANEXO 1: EL SISTEMA DE SALUD CHILENO

La figura siguiente muestra la administración del sistema de salud chileno. Este se encuentra dividido en niveles de atención, los cuales determinan la especialización del cuidado que se lleva a cabo en cada uno de ellos. De esta forma, el nivel primario está conformado por la atención de médicos de cabecera que resuelven demandas de salud sin especialización. El nivel secundario y terciario está conformado por CS de mayor envergadura (por ej. Hospitales) y que resuelven necesidades más especializadas del cuidado otorgado a la población.



La administración de la salud en Chile se lleva a cabo de manera distinta dependiendo del nivel del cual se esté hablando. El nivel secundario y terciario está bajo administración de los Servicios de Salud, los cuales dependen directamente del Ministerio de Salud (MINSAL). El nivel primario es administrado a nivel comunal, por una Entidad Administradora de Salud Municipal (EAMS) la cual, en algunos casos es la Municipalidad y en otros el mismo Servicio de Salud correspondiente.

Por otro lado, el financiamiento que el nivel primario no dependiente del Servicio de Salud posee puede ser de 2 tipos y proviene directamente desde el Servicio de Salud correspondiente según el territorio: per cápita y costo fijo. El primer caso responde a un monto establecido por cada una de las personas inscritas en los CS que la Municipalidad posea. El segundo caso corresponde a un aporte fijo independiente del número de personas inscritas en los CS de la comuna. La siguiente figura (Montero et al., 2008) muestra la distribución y ajuste que se realiza del per-cápita para ser entregado por cada comuna.



Es ampliamente comentado que el sistema de financiamiento de la APS en Chile no cubre la totalidad de los gastos que las prestaciones involucran, por lo que cada municipio debe incurrir en fondos adicionales para administrar la salud de su población (Montero et al., 2011;

Montero, Poblete, Torche, & Vargas, 2008). Esto genera una profunda desigualdad en la salud, producto de que los municipios con una mejor situación económica, tendrán más recursos para financiar las prestaciones de su población, lo cual sitúa al financiamiento como una variable que impacta fuertemente sobre el control de EC.

Más aún, si se evalúa la desigualdad actual en los sistemas de salud, la brecha se proyecta que aumentaría en el futuro, puesto que los pobres no sólo presentan actualmente peores indicadores, sino que poseen mayores condiciones de riesgo también (Téllez, 2006).

En el caso municipal, la administración de la salud se lleva a cabo de 2 formas: con Corporaciones Municipales y directamente desde el municipio. Las Corporaciones son entidades de derecho privado que dependen de la Municipalidad, pero que poseen cierta autonomía en cuanto a su administración. En Chile, las Corporaciones se hacen cargo de la educación y la salud municipal.

De esta forma, una EAMS puede conformarse por una Corporación Municipal, Municipalidad o el Servicio de Salud.

Por otro lado, en Chile se llevó a cabo una reforma sanitaria que cambió la salud hacia un enfoque de derechos. Es decir, se configuró un programa de Garantías Explícitas de Salud (GES) que muestra que detrás de cada garantía existen derechos y recursos que obligan al Estado a garantizar su cumplimiento (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2009). Esto implica que existen ciertas prestaciones que conllevan ciertos derechos de la población recibirlos. De esta forma, un CS está obligado a otorgar estas prestaciones a la población según la ley lo obliga a hacerlo.

Sin embargo, pese a que la reforma que tenía como objetivo potenciar “una atención primaria altamente resolutive, con capacidad para solucionar gran parte de las emergencias, donde existirán equipos de salud familiar y comunitaria de “cabecera” ... y trabajando coordinadamente con la atención de especialidad” (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2002), no logró contener el aumento de las EC en la población. De esta manera, el enfoque

propuesto en esta investigación permite observar una perspectiva sanitaria desde la gestión y, a partir de ésta, generar cambios que impacten sobre la realidad de salud de la población.

ANEXO 2. ENCUESTA “HACIA UNA APS CADA VEZ MEJOR”

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Código	Pregunta	Tipo de pregunta	Observaciones	Obligatoria	Fuente
Componente Sanitaria									
Equipos de Salud	Dotación ES		1		Dotación La dotación de médicos en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Necesidad	1a	ES1	La dotación de enfermeras en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Necesidad	1b	ES2	La dotación de dentistas en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Necesidad	1c	ES3	La dotación de otros profesionales en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Necesidad	1d	ES4	En esta comuna, llenar cargos vacantes nos resulta fácil	Afirmación		Si	Elaboración propia
	Rotación ES		3		Rotación La rotación de médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	Afirmación invertida		Si	Elaboración propia
			3a	ES6	La rotación de otros profesionales no médicos en los Centros de APS de la comuna es alta	Afirmación invertida		Si	Elaboración propia
			3b	ES7					
	Calidad ES		4		Equipos de salud Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna son competentes técnicamente	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Competencias	4a	ES8	Los equipos de salud actuales en los Centros de APS de la comuna están bien preparados para la APS	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Competencias	4b	ES9	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna tienen una buena acogida del paciente	Afirmación		Si	12
	Seguridad ES		5	ES10					
			6	ES11	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del personal que presta servicios de salud en los Centros de APS de la comuna	Afirmación		Si	Elaboración propia
			7	ES	Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 a los Equipos de Salud de los Centros de APS de la comuna (si usa un decimal, sepárelo por una coma(.))	Número		Si	Elaboración propia
			8	ES_comment	¿Por qué los califica de esta forma?	Abierta		No	Elaboración propia

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Código	Pregunta	Tipo de pregunta	Observaciones	Obligatoria	Fuente
Enfoque Familiar		Accesibilidad	9	EF1	Las demandas de salud de la población se atienden oportunamente en los Centros de APS de la comuna	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Accesibilidad	10	EF2	Los Centros de APS de la comuna poseen cobertura completa de horas profesionales para la atención en los días sábados	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Facilidad de atención	11	EF3	En los Centros de APS de la comuna es fácil hacerse un examen de salud preventivo	Afirmación		Si	2
		Facilidad de atención	12	EF4	Los Centros de APS de la comuna tienen facilidades para realizar programas de actividad física	Afirmación		Si	Elaboración propia
			13		Tiempo de espera				
		Tiempo espera	13a	EF5	El tiempo que el paciente espera para solicitar una hora profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	Afirmación		Si	2
		Tiempo espera	13b	EF6	El tiempo que el paciente espera para ser atendido por un profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado	Afirmación		Si	2
			14		Trato de personal				
		Buen Trato	14a	EF7	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por la primera línea de atención de los Centros de APS de la comuna	Afirmación		Si	9
		Buen Trato	14b	EF8	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	Afirmación		Si	9
		Buen Trato	15	EF9	El número de reclamos por problemas de trato en los Centros de APS de la comuna es bajo	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Enfoque biopsicosocial	16	EF10	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna aplican instrumentos de evaluación familiar en la atención del paciente	Afirmación		Si	12
		Enfoque biopsicosocial	17	EF11	Cuando es necesario en la atención de pacientes crónicos, los profesionales de los Centros de APS de la comuna citan a integrantes de la familia del paciente	Afirmación	Se refiere únicamente a diabéticos e hipertensos	Si	Elaboración propia
			18		Médicos de los Centros de APS				
		Orientación hacia la educación	18a	EF12	Los médicos de los Centros de APS de la comuna explican a los pacientes sus indicaciones	Afirmación		Si	2
		Orientación hacia la educación	18b	EF13	Los médicos de los Centros de APS de la comuna se aseguran que el paciente entienda sus indicaciones	Afirmación		Si	
		Continuidad del cuidado	19	EF14	El Equipo de Salud que atiende a un paciente es siempre el mismo	Afirmación		Si	2
		Continuidad del cuidado	20	EF15	Los resultados de los exámenes de laboratorio son informados al paciente por un integrante del equipo de salud	Afirmación		Si	2
				EF16_1		SAPU		Si	9
		Accesibilidad	21	EF16_2	Frente a una situación de salud que requiere atención profesional, jerarquice, según frecuencia de uso, los lugares que consultan los pacientes	Urgencias de Hospital		Si	9
				EF16_3		CESFAM		Si	9
				EF16_4		Posta rural		Si	9
				EF16_5		CECOF		Si	9
			22	EF	Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 la calidad del Enfoque familiar de los Centros de APS de la comuna (si usa un decimal, sepárelo por una coma(.))	Número		Si	Elaboración propia
			23	EF_comment	¿Por qué lo califica de esta forma?	Abierta		No	Elaboración propia

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Código	Pregunta	Tipo de pregunta	Observaciones	Obligatoria	Fuente
Calidad del proceso	Soporte para las decisiones	Existencia protocolos	24a	CP1	Manejo Pacientes Crónicos El protocolo de manejo de pacientes crónicos está disponible en los box de atención de los Centros de APS de la comuna	Afirmación	Se refiere únicamente a diabéticos e hipertensos	Si	Elaboración propia
		Calidad protocolos	24b	CP2	Los protocolos de manejo de pacientes crónicos han sido validados localmente	Afirmación	Se refiere únicamente a diabéticos e hipertensos	Si	Elaboración propia
		Cumplimiento protocolos	24c	CP3	Los Equipos de Salud aplican los protocolos de pacientes crónicos en los Centros de APS de la comuna	Afirmación	Se refiere únicamente a diabéticos e hipertensos	Si	Elaboración propia
	Recursos y servicios	Equipamiento	25	CP4	El equipamiento en los Centros de APS de la comuna es apropiado	Afirmación		Si	5
		Infraestructura	26	CP5	Las condiciones de infraestructura de los Centros de APS de la comuna son adecuadas	Afirmación		Si	5
		Gestión de reclamos	27	CP6	Los Centros de APS de la comuna realizan gestión de reclamos	Afirmación		Si	9
		Provisión de servicios	28	CP7	La disponibilidad de exámenes de laboratorio es adecuada en los Centros de APS de la comuna	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Provisión de servicios	29	CP8	La disponibilidad de medicamentos comprados por la comuna para pacientes crónicos es adecuada en los Centros de APS de la comuna	Afirmación	Se refiere únicamente a diabéticos e hipertensos	Si	Elaboración propia
		Seguridad	30	CP9	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del paciente en los Centros de APS de la comuna	Afirmación	Procesos que protegen la seguridad del paciente en los procedimientos clínicos	Si	Elaboración propia
			31	CP	Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 la calidad del proceso de atención en los Centros de APS de la comuna (si usa un decimal, sepárelo por una coma(,))	Número		Si	Elaboración propia
			32	CP_comment	¿Por qué lo califica de esta forma?	Abierta		No	Elaboración propia

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Código	Pregunta	Tipo de pregunta	Observaciones	Obligatoria	Fuente
Componente de gestión									
Coordinación con las redes de salud	Información	33	CR1		Los Centros de APS de la comuna tienen disponible la información sobre las redes locales	Afirmación		Si	Elaboración propia
	Protocolos de derivación	34	CR2		En los Centros de APS de la comuna la derivación a otras instancias de la red sanitaria opera de acuerdo al protocolo	Afirmación		Si	Elaboración propia
		35			Red de servicios de salud				2
	Funcionamiento de la red	35a	CR3		La red de servicios de salud local bajo su administración responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	Afirmación		Si	Elaboración propia
	Funcionamiento de la red	35b	CR4		La red de servicios de salud secundarios y terciarios responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	Afirmación		Si	Elaboración propia
	Frecuencia de derivación	36	CR5		Los profesionales de salud de los Centros de APS de la comuna derivan a los pacientes a un especialista sólo cuando es necesario	Afirmación		Si	2
	Apoyo al paciente	37	CR6		Los Centros de APS de la comuna dan apoyo a los pacientes vulnerables para ser atendidos en otro nivel de atención	Afirmación		Si	2
	Interconsultas	38	CR7		En los Centros de APS de la comuna hay gestión de interconsultas	Afirmación		Si	Elaboración propia
		39	CR		Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 el funcionamiento de las Redes de Salud para los requerimientos de los pacientes de la comuna (si usa un decimal, sepárelo por una coma(.))	Número		Si	Elaboración propia
		40	CR_comment		¿Por qué lo califica de esta forma?	Abierta		No	Elaboración propia

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Código	Pregunta	Tipo de pregunta	Observaciones	Obligatoria	Fuente
Sistemas de Info			41		Información clínica				2
		Disponibilidad	41a	SI1	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna está disponible al momento de la atención	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Calidad	41b	SI2	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna es de buena calidad	Afirmación		Si	Elaboración propia
			42		Sistemas de Centros de APS				
		Ficha clínica	42a	SI3	Los Centros de APS de la comuna poseen ficha clínica electrónica	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Decisiones gestión	42b	SI4	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones de gestión	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Decisiones clínicas	42c	SI5	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones clínicas	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Sistema de enfermedades crónicas	42d	SI6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información sobre resultados de enfermedades crónicas que apoya la toma de decisiones	Afirmación	Se refiere únicamente a diabetes e hipertensión arterial	Si	Elaboración propia
			43	SI	Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 los Sistemas de Información de los Centros de APS de la comuna (si usa un decimal, sepárelo por una coma(.))	Número		Si	Elaboración propia
			44	SI_comment	¿Por qué lo califica de esta forma?	Abierta		No	Elaboración propia

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Código	Pregunta	Tipo de pregunta	Observaciones	Obligatoria	Fuente
Prácticas de gestión	Gestión del cambio	Experimentación	45	PG1	Los Centros de APS de la comuna promueven la generación y adopción de buenas prácticas para otorgar servicios	Afirmación		Si	3
		Aceptación al cambio	46	PG2	Las propuestas de cambios para mejorar la atención son bien aceptadas por los profesionales de los Centros de APS de la comuna	Afirmación		Si	3
	Capacitación	Brechas de competencias	47	PG3	En los Centros de APS de la comuna, la capacitación se orienta a las brechas de competencias de los equipos	Afirmación		Si	3
		Tiempo	48	PG4	En los Centros de APS de la comuna, se respeta el tiempo para la capacitación de los equipos	Afirmación		Si	3
		Gestión del conocimiento	49	PG5	Los Equipos de Salud realizan auto-observación y evaluación de sus prácticas	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Relevancia de temas	50	PG6	La capacitación local referida al protocolo de manejo de pacientes crónicos es apropiada	Afirmación	Se refiere únicamente a diabéticos e hipertensos	Si	Elaboración propia
	Sofisticación	Estándares	51	PG7	En los Centros de APS de la comuna regularmente se comparan los rendimientos con el de otros Centros de APS y/o con estándares más elevados	Afirmación		Si	3
	Clima Laboral	Actividades	52	PG8	En los Centros de APS de la comuna existen actividades concretas para mejorar el clima laboral	Afirmación		Si	3
		Espacios	53	PG9	Los Centros de APS de la comuna protegen los espacios de autocuidado de los Equipos de Salud	Afirmación		Si	3
			54	PG	Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 las Prácticas de Gestión de los Centros de APS de la comuna (si usa un decimal, sepárelo por una coma(,))	Número		Si	Elaboración propia
			55	PG_comment	¿Por qué lo califica de esta forma?	Abierta		No	Elaboración propia

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Código	Pregunta	Tipo de pregunta	Observaciones	Obligatoria	Fuente
Efectividad	Percepción de calidad		56		Atención Centros de APS				
		Información requerida	56a	E1	En los Centros de APS de la comuna al paciente se le entrega toda la información que requiere	Afirmación		Si	9
		Escucha al paciente	56b	E2	En los Centros de APS de la comuna el paciente es escuchado con atención	Afirmación		Si	9
			57		Pacientes de la comuna				
		Atención	58a	E3	Los pacientes están satisfechos con la atención clínica que se presta en los Centros de APS de la comuna	Afirmación		Si	10
		Trato	58b	E4	Los pacientes están satisfechos con el trato recibido en los Centros de APS de la comuna	Afirmación		Si	10
	Sistemas de Control		59		Sistemas de Indicadores				
		Seguimiento municipal	59a	E5	La EAMS posee un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	Afirmación	Entidad Administradora Municipal de Salud	Si	Elaboración propia
		Seguimiento local	59b	E6	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	Afirmación		Si	Elaboración propia
		Indicadores crónicos	60	E7	Se utilizan frecuentemente indicadores que miden calidad del control de enfermedades crónicas en los Centros de APS de la comuna	Afirmación	Se refiere únicamente a diabetes e hipertensión	Si	8
			61	E	Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 la Efectividad de los Centros de APS de la comuna (si usa un decimal, sepárelo por una coma(.))	Número		Si	Elaboración propia
			62	E_comment	¿Por qué lo califica de esta forma?	Abierta		No	Elaboración propia
Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Código	Pregunta	Tipo de pregunta	Observaciones	Obligatoria	Fuente
Contexto									
Gestión comunal		Recursos comunitarios	63	C1	Las organizaciones comunales participan en la toma de decisiones de salud de los Centros de APS de la comuna	Afirmación		Si	5
		Recursos comunitarios	64	C2	El municipio dispone de programas de apoyo comunales para enfermos crónicos	Afirmación	Se refiere únicamente a diabéticos e hipertensos	Si	1
		Recursos comunitarios	65	C3	La EAMS cuenta con el respaldo del Servicio de Salud en las decisiones complejas	Afirmación	Entidad Administradora Municipal de Salud	Si	Elaboración propia
		Recursos comunitarios	66	C4	La EAMS cuenta con el respaldo de las autoridades comunales en las decisiones complejas	Afirmación		Si	Elaboración propia
Final									
			67	EVAL	Escriba cualquier comentario adicional que Usted desee comunicar	Abierta		No	Elaboración propia

Sección	Subdimensión	Indicador	Núm	Código	Pregunta	Tipo de pregunta	Nombre en la referencia encontrada	Obligatoria	Fuente
Liderazgo									
Liderazgo participativo	Consulta individual	1	L1	Los directores de los Centros de APS de la comuna dan a los integrantes de los grupos de trabajo la posibilidad de expresar sus opiniones	Afirmación	Participative Decision - Making	Si	14	
	Consulta al grupo	2	L2	Los directores de los Centros de APS incluyen a uno o más integrantes de los equipos de salud para determinar qué hacer. Sin embargo, mantiene la autoridad final de la toma de decisiones	Afirmación	Participative Style	Si	15	
	Consulta al grupo	3	L3	Cuando las cosas van mal, los directores de los Centros de APS convocan a una reunión para conversar con los equipos	Afirmación	Participative Style	Si	15	
	Facilitar	4	L4	Cuando hay diferencias en la definición de responsabilidades, los directores de los Centros de APS se reúnen con su equipo para resolverlas en conjunto	Afirmación	Participative Style	Si	15	
	Facilitar	5	L5	Los directores de los Centros de APS permiten a sus equipos de salud fijar prioridades dentro de los límites que ellos establecen	Afirmación	Participative Style	Si	15	
	Delegar	6	L6	En determinadas situaciones, los directores de los Centros de APS permiten a sus equipos tomar decisiones dentro de los límites establecidos	Afirmación		Si	Elaboración propia	
	General	7	L7	Los directores de los Centros de APS preguntan a sus equipos de salud ideas para futuros planes y proyectos	Afirmación	Participative Style	Si	15	

Sección	Subdimensión	Indicador	Núm	Código	Pregunta	Tipo de pregunta	Nombre en la referencia encontrada	Obligatoria	Fuente
Liderazgo Autoritario		Decidir	8	L8	Los directores de los Centros de APS de la comuna toman decisiones que están basadas sólo en sus ideas	Afirmación	Participative Decision - Making	Si	14
		Decidir	9	L9	Los directores de los Centros de APS siempre son la autoridad final de la toma de decisiones dentro del departamento o equipo, sin importar el problema que enfrenten	Afirmación	Authoritarian Style	Si	15
		Decidir	10	L10	Los directores de los Centros de APS le dicen a los equipos de salud qué tarea se debe hacer y cómo realizarla	Afirmación	Authoritarian Style	Si	15
		Decidir	11	L11	Cuando algo anda mal, los directores de los Centros de APS deciden por si mismos un nuevo plan de acción	Afirmación	Authoritarian Style	Si	15
	Estilo directivo		12	L12	Los directores de los Centros de APS supervisan de cerca a los equipos de salud para asegurarse que ellos están rindiendo correctamente	Afirmación	Authoritarian Style	Si	15
	Poder		13	L13	Los directores de los Centros de APS se sienten cómodos con el poder que su posición de líder les otorga por sobre sus subordinados	Afirmación	Authoritarian Style	Si	15
	Incentivos		14	L14	A los equipos de salud hay que incentivarlos o amenazarlos para conseguir las metas organizacionales	Afirmación	Authoritarian Style	Si	15

ANEXO 3. CONJUNTO DE PREGUNTAS INICIALES RECOPIADAS EN EL DISEÑO DE LA ENCUESTA

Núm	Pregunta	Alternativas	Variable representada	Fuente
1	¿Cuál es el número de jornadas médicas completas equivalentes trabajando en APS?	Número	Cantidad ES	Elaboración propia
2	¿Cuál es el número de médicos totales que trabaja en un Centro?	Número	Cantidad ES	Elaboración propia
3	¿Cuántas horas médicas hay en un Centro?	Número	Cantidad ES	Elaboración propia
4	¿Qué porcentaje de médicos son extranjeros?	Número	Calidad ES	Elaboración propia
5	¿Cuántas horas disponibles no contratadas tienen en un Centro?	Número	Cantidad ES	Elaboración propia
6	¿Cuál es el número de enfermeras trabajando en APS?	Número	Cantidad ES	Elaboración propia
7	¿Cuál es el número de médicos con formación en Medicina Familiar trabajando en APS?	Número	Calidad ES	Elaboración propia
8	¿Cuáles son los contratos de equipos médicos más largos que han firmado?	Número	Rotación ES	Elaboración propia
9	¿Qué tamaño de población está bajo un equipo de cabecera en un Centro de APS?	Número	Continuidad del cuidado	Elaboración propia
10	¿Existe un protocolo de manejo de pacientes crónicos a mano y disponible en cada box?	Si/No	Campañas de detección y tratamiento	Elaboración propia
11	¿Se realiza capacitación para el protocolo de manejo de pacientes crónicos?			
12	¿Se reservan horas especialmente para el PSCV?	Si/No	Sistema de Entrega	Elaboración propia
13	¿Se realiza programa de actividad física?	Si/No	Sistema de Entrega	Elaboración propia
14	¿Existe un protocolo de manejo de pacientes determinados?	Si/No	Soporte para las decisiones	Elaboración propia
15	¿Posee un sistema de información como Reistro Clínico Electrónico en el consultorio?	Si/No	Sistemas de Info	Elaboración propia
16	Posee ficha clínica electrónica?	Si/No	Sistemas de Info	Elaboración propia
17	¿Cuál es la proporción de consultas derivadas al nivel 2ario y 3ario del total de consultas recibidas?	Número	Coordinación con la red	Elaboración propia
18	Número de consultas recibidas	Número	Coordinación con la red	Elaboración propia
19	De 1 a 5, ¿cómo evalúa a los directores de consultorio?	1 a 5	Liderazgo	Elaboración propia
20	¿Posee estrategia y balance scorecard?	Si/No	Sofisticación	Elaboración propia
21	De 1 a 5, cómo se sienten los pacientes que son atendidos en el consultorio?	1 a 5	Percepción de calidad	Elaboración propia
22	¿Cuántos pacientes que llegan al consultorio, efectivamente mejor su condición a un tiempo determinado?	Número	Eficiencia	Elaboración propia
23	¿Cuánto se demora un paciente entre que tiene un síntoma y es atendido en el consultorio?	Número	Tiempo entre síntoma y atención	Elaboración propia
24	Indique si Usted es	Médico general, médico familiar, becado de medicina familiar, enfermero, nutricionista	Liderazgo	1
25	Caso Clínico. ¿Recomendaría aspirina 100mg al día?	Si/No	Liderazgo	1
26	¿Cuántos pacientes han asistido alguna vez a algún programa de ejercicios municipal o disponible en la comunidad?	Número	Recursos comunitarios	1
27	¿Cuántos pacientes conocen algún programa de ejercicios municipal o disponible en la comunidad?	Número	Recursos comunitarios	1
28	¿Cuántos pacientes tienen facilidad para que puedan ir a tomarse la presión arterial al CESFAM?	Número	Orientación al autocuidado	1
29	¿Existe algún programa de ejercicios en el centro para las personas que tienen HTA o DM?	Si/No	Sistema de Entrega	1
30	¿Sabe usted acceder a la información electrónica disponible en red?	Si/No	Soporte para las decisiones	1
31	¿Hace cuánto tiempo que un paciente ocupa el mismo consultorio?	Menos de 1 año/1-2 años/3-4 años/5 o más años	Accesibilidad	2
32	¿Pueden los pacientes asistir sábados y domingos al CESFAM?	Escala de 5 niveles	Accesibilidad	2
33	¿Pueden los pacientes asistir hasta las 8 pm?	Escala de 5 niveles	Accesibilidad	2
34	El paciente tiene que esperar más de 30 minutos antes de ser atendido por un doctor o una enfermera?	Escala de 5 niveles	Accesibilidad	2
35	Cuando el paciente necesita un chequeo general, ¿recurre en primer a su médico de cabecera?	Escala de 5 niveles	Continuidad del cuidado	2

Núm.	Pregunta	Alternativas	Variable representada	Fuente
36	Cuando el paciente tiene un nuevo problema de salud, ¿recurre en primer a su médico de cabecera?	Escala de 5 niveles	Continuidad del cuidado	2
37	Cuando los pacientes van al consultorio, ¿ven siempre al mismo doctor o enfermera?	Escala de 5 niveles	Continuidad del cuidado	2
38	¿El doctor conoce a su paciente muy bien como persona?	Escala de 5 nivelesno importante	Continuidad del cuidado	2
39	¿Sabe el doctor con quién vive el paciente?	Escala de 5 niveles	Continuidad del cuidado	2
40	¿Sabe el doctor la historia médica del paciente?	Escala de 5 niveles	Continuidad del cuidado	2
41	¿Sabe el doctor del trabajo del paciente?	Escala de 5 niveles	Continuidad del cuidado	2
42	¿El doctor está dispuesto a reunirse con familiares del paciente si cree que es necesario?	Escala de 5 niveles	Continuidad del cuidado	2
43	Si el doctor que atiende a un paciente no está disponible y el paciente asiste a otro doctor, ¿está disponible para el doctor inicial la información de la consulta con el otro doctor?	Escala de 5 niveles	Continuidad del cuidado	2
44	¿Cuan frecuente los doctores sugieren la derivación a servicios de un especialista?	Escala de 5 niveles	Coordinación con la red	2
45	Cuando el doctor atiende a un paciente, ¿conoce si ha visitado a un especialista?	Escala de 5 niveles	Coordinación con la red	2
46	¿El paciente es apoyado para tomar hora en otro nivel de atención?	Escala de 5 niveles	Coordinación con la red	2
47	¿Cu'al es la amplitud de la disponibilidad de servicios de los centros para responder preguntas de nutrición o dieta?	Escala de 5 niveles	Enfoque familiar	2
48	¿Cu'al es la amplitud de la disponibilidad de los centros para chequear si la familia del paciente es beneficiario de algún programa o servicio?	Escala de 5 niveles	Enfoque familiar	2
49	¿Cu'al es la amplitud de la disponibilidad de los centros para entrega de planes para el control de la natalidad?	Escala de 5 niveles	Enfoque familiar	2
50	¿Cu'al es la amplitud de la disponibilidad para realizar pap para detectar cáncer cervico uterino?	Escala de 5 niveles	Enfoque familiar	2
51	¿Cu'al es la amplitud de la disponibilidad de los centros para aconsejar sobre efectos de fumar?	Escala de 5 niveles	Enfoque familiar	2
52	¿Cu'al es la amplitud de la disponibilidad de los centros para avisar sobre comida sana y no sana?	Escala de 5 niveles	Enfoque familiar	2
53	¿Cu'al es la amplitud de la disponibilidad de los centros para promover el uso de cinturón de seguridad y uso de silla para niños en los autos?	Escala de 5 niveles	Enfoque familiar	2
54	¿Cu'al es la amplitud de la disponibilidad de los centros para otorgar maneras de resolver los conflictos familiares?	Escala de 5 niveles	Enfoque familiar	2
55	¿Cu'al es la amplitud de la disponibilidad de los centros para informar sobre el ejercicio adecuado para el paciente?	Escala de 5 niveles	Enfoque familiar	2
56	¿Cree que el paciente recomendaría al doctor a un amigo?	Escala de 5 niveles	Percepción de calidad	2
57	¿Los trabajadores del centro se sienten libres de estar en desacuerdo con otros, hacer preguntas ingenuas y presentar puntos de vista minoritarios?	Escala de 7 niveles	Soporte para las decisiones	3
58	¿Los trabajadores del centro reconocen el valor de tener ideas opuestas al resto?	Escala de 7 niveles	Soporte para las decisiones	3
59	¿Los trabajadores del centro toman tiempo en revisar y corregir los procesos?	Escala de 7 niveles	Soporte para las decisiones	3
60	¿El centro genera medios para generar, recolectar, interpretar y transmitir información?	Escala de 7 niveles	Clima Laboral	3
61	¿El centro tiene la capacidad de experimentar con nuevos servicios y generar poco rechazo al cambio?	Escala de 7 niveles	Clima Laboral	3
62	¿Los líderes señalan la importancia de gastar tiempo en identificar problemas, transferir conocimiento y reflexión?	Escala de 7 niveles	Liderazgo	3
63	En el centro, ¿Cómo se le denominan a un suceso que ocurre fuera de lo esperado?	Error, Accidente		3
64	En los centros, las personas valoran las ideas nuevas	Escala de 7 niveles	Clima Laboral	3
65	En este centro, se experimenta frecuentemente con nuevas formas de trabajar	Escala de 7 niveles	Sofisticación	3
66	En este centro se experimenta frecuentemente con nuevos servicios	Escala de 7 niveles	Sofisticación	3
67	En este centro se tiene un provecho formal para conducir y evaluar las nuevas ideas	Escala de 7 niveles	Sofisticación	3
68	En este centro sistemáticamente se colecta información sobre pacientes, tendencias sociales, tendencias tecnológicas	Escala de 7 niveles	Soporte para las decisiones	3
69	En este centr frecuentemente se compara su rendimiento con el de otros consultorios y con estándares más elevados	Escala de 7 niveles	Soporte para las decisiones	3
70	Este centro se compromete con los conflictos productivos y los debates de ideas	Escala de 7 niveles	Clima Laboral	3
71	Este centro frecuentemente identifica y discute los supuestos que afectan las decisiones importantes	Escala de 7 niveles	Clima Laboral	3
72	Los nuevos trabajadores reciben un tiempo adecuado de entrenamiento	Escala de 7 niveles	Clima Laboral	3
73	En este centro, la capacitación se valora	Escala de 7 niveles	Clima Laboral	3
74	En este centro, el tiempo está disponible para educación y actividades de capacitación	Escala de 7 niveles	Clima Laboral	3
75	Este centro tiene espacios para reunirse y aprender de expertos de otras áreas, equipos o divisiones	Escala de 7 niveles	Accesibilidad	3

Núm.	Pregunta	Alternativas	Variable representada	Fuente
76	Los administradores invitan a opinar a otros en las discusiones	Escala de 7 niveles	Liderazgo	3
77	Los administradores fomentan múltiples puntos de vista	Escala de 7 niveles	Liderazgo	3
78	Los administradores otorgan tiempo, recursos y lugares para identificar problemas y desafíos organizacionales	Escala de 7 niveles	Liderazgo	3
79	Los administradores otorgan tiempo, recursos y lugares para reflexionar y mejorar el rendimiento	Escala de 7 niveles	Liderazgo	3
80	¿Cuál es la relación entre el paciente y los profesionales de salud?	Los profesionales son los expertos quienes le dicen a los pacientes qué tienen que hacer/Se comparte la expertiz con los pacientes. Los profesionales son expertos en la enfermedad y los pacientes expertos en sus vidas	Calidad ES	4
81	¿Quién es el principal actor que resuelve el problema?	El profesional/ El paciente y el profesional	Calidad ES	4
82	¿Qué se le enseña al paciente?	Información y habilidades técnicas para la enfermedad/Habilidades de cómo actuar frente a los problemas	Promoción del autocuidado	4
83	¿Cómo son identificados los problemas?	Los problemas reflejan un control inadecuado de la enfermedad / el paciente identifica los problemas que el padece y que podrían estar relacionados con su enfermedad	Promoción del autocuidado	4
84	¿De qué forma se educa para la prevención de la enfermedad?	La educación es específica para la enfermedad, se enseña información y habilidades relacionadas con la enfermedad / La educación entrega habilidades para resolver problemas que son relevantes para las consecuencias de las condiciones crónicas en general	Promoción del autocuidado	4
85	¿Cuál es la teoría subyacente de educación para la prevención?	Conocimiento específico de la enfermedad crea un cambio en el comportamiento, lo cual produce mejores resultados clínicos / Una mejor confianza del paciente el su propia capacidad para mejorar genera mejores resultados clínicos	Promoción del autocuidado	4
86	¿Cómo se define un logro?	Cambios en el comportamiento enseñados al paciente para mejorar los resultados clínicos / Aumentar la eficacia individual para mejorar los resultados clínicos	Promoción del autocuidado	4
87	¿Quién es el educador?	Un profesional de la salud / Un profesional de la salud, par líder u otros pacientes		4
88	¿Qué tan satisfecho está Ud con los tiempos de espera de los Centros de la comuna?	Escala de 5 niveles + 1 NS	Percepción de calidad	5
89	¿Qué importancia tiene para los pacientes un trato respetuoso?	Escala de 5 niveles + 1 NS	Orientación al autocuidado	5
90	¿Qué importancia tiene para los pacientes la confidencialidad de la información?	Escala de 5 niveles + 1 NS	Orientación al autocuidado	5
91	¿Qué importancia tiene para los pacientes la privacidad de la atención?	Escala de 5 niveles + 1 NS	Orientación al autocuidado	5
92	¿Qué importancia tiene para los pacientes participar en las decisiones de salud?	Escala de 5 niveles + 1 NS	Orientación al autocuidado	5
93	¿Qué importancia tiene para los pacientes la comunicación con el personal de salud?	Escala de 5 niveles + 1 NS	Orientación al autocuidado	5
94	¿Cuál es el principal problema de salud de los pacientes?	27 categorías + NS	Perfil epidemiológico	5
95	¿Cuál es la principal razón por la que un paciente no consulta por su enfermedad?	10 categorías + NS	Disposición a consultar	5
96	¿En qué lugar se ha realizado una consulta o atención de salud la mayoría de los pacientes de la comuna?	Consultorio de APS/Posta Rural/SAPU/Centro médico/Consulta privada/Hospital público/Centro de FFAA/Hospital privado/Otro	Accesibilidad	5
97	En su opinión, las indicaciones dadas por un profesional a su paciente, ¿son adecuadas para resolver el problema de la persona afectada?	Si/No/NS		5
98	¿Cómo calificaría el trato del profesional de salud con el paciente?	Escala de 5 niveles + 1 NS	Calidad ES	5
99	¿Cómo calificaría Ud la privacidad durante los exámenes físicos o procedimientos?	Escala de 5 niveles + 1 NS	Accesibilidad de consultorio	5
100	¿Cómo diría Ud que son los equipos utilizados para atender a la persona afectada?	Buenos/Regulares/Malos	Calidad del proceso	5
101	¿Cómo calificaría la limpieza del lugar de atención?	Escala de 5 niveles + 1 NS	Calidad del proceso	5
102	¿Cómo calificaría las condiciones de las salas de espera y de atención del lugar de atención?	Escala de 5 niveles + 1 NS	Calidad del proceso	5
103	¿Cuántos minutos tarde, en promedio, una persona en llegar a la institución de salud?	Menos de 15 min/Entre 15 y 30 min/Entre 31 y 45 min/Una hora/Más de una hora	Accesibilidad de consultorio	5
104	¿Cómo calificaría el tiempo hasta la institución de salud?	Escala de 4 niveles + NS	Accesibilidad de consultorio	5
105	¿Cómo calificaría el tiempo de espera antes de ser atendido una vez que el paciente ha llegado a la institución de salud?	Escala de 4 niveles + NS	Tiempo entre síntoma y atención	5

Núm	Pregunta	Alternativas	Variable representada	Fuente
106	¿Considera que el trato del personal es peor en unos pacientes que en otros?	Si/No/NS	Equidad	5
107	¿Cuál cree que es la causa de que tratan peor a algunos pacientes?	8 categorías + NS	Equidad	5
108	En general, considerando todos los aspectos, ¿qué tan satisfecho está el paciente con la atención recibida?	Escala de 5 niveles + NS	Percepción de calidad	5
109	En una escala de 0 a 10, ¿qué tan seguros se sienten los pacientes de poder caminar alrededor de la cuadra antes de almorzar el lunes, martes y jueves	Escala de 10 niveles	Actividad física	4
110	¿Cómo se encuentran los pacientes de satisfechos con el servicio que se entrega en el centro?	Escala de 5 niveles	Percepción de calidad	7
111	¿Qué grado de confianza tienen los pacientes en la asistencia que le prestan en el centro?	Escala de 5 niveles	Calidad del proceso	7
112	¿Las prácticas en el centro ocupan una guía escrita para tratar pacientes crónicos?	Si/No	Sofisticación	8
113	¿Se entrega a los pacientes una lista con los medicamentos que debe tomar?	Si/No	Sofisticación	8
114	¿Las prácticas en el centro reciben y revisan frecuentemente los resultados clínicos de la atención del paciente?	Si/No	Eficiencia	8
115	¿Las prácticas en el centro tienen procesos para identificar eventos adversos y tomar acciones para seguimiento ?	Si Funciona/Si pero necesita mejorar/No	Sofisticación	8
116	¿Cuál es el lugar al cual los pacientes y sus familias se dirigen cuando presentan un problema de salud?	Farmacia / Una enfermera de barrio / Un médico de barrio / Centro de Salud / Centro de Salud o al Hospital / Hospital / Otros	Accesibilidad	9
117	Para los pacientes, ¿cuán importante es que en el centro de salud se le de atención a que reciban un trato respetuoso?	Mucha / Bastante / Poca /NS	Percepción de calidad	9
118	Para los pacientes, ¿cuán importante es que en el centro de salud se le de atención a que se pueda reclamar?	Mucha / Bastante / Poca /NS	Percepción de calidad	9
119	Para los pacientes, ¿cuán importante es que en el centro de salud se le de atención a que se expliquen las cosas hasta que el paciente las entienda?	Mucha / Bastante / Poca /NS	Percepción de calidad	9
120	¿El paciente habla con el médico sobre prevención de embarazo?	Si/No	Promoción del autocuidado	9
121	¿El paciente habla con el médico sobre control de obesidad?	Si/No	Promoción del autocuidado	9
122	¿El paciente habla con el médico sobre control de enfermedades de transmisión sexual?	Si/No	Promoción del autocuidado	9
123	¿El paciente habla con el médico sobre normas de higiene?	Si/No	Promoción del autocuidado	9
124	¿El paciente habla con el médico sobre actividad física?	Si/No	Promoción del autocuidado	9
125	¿El paciente habla con el médico sobre cómo alimentar a su hijo?	Si/No	Promoción del autocuidado	9
126	En el centro de salud el paciente recibe toda la información que él quiera	Siempre / Bastante / Pocas veces /NS	Percepción de calidad	9
127	En el centro de salud al paciente lo escuchan con atención	Siempre / Bastante / Pocas veces /NS	Percepción de calidad	9
128	En el centro de salud el paciente recibe un trato respetuoso	Siempre / Bastante / Pocas veces /NS	Percepción de calidad	9
129	En el centro de salud el paciente puede reclamar, quejarse o informar sobre algún problema	Siempre / Bastante / Pocas veces /NS	Accesibilidad	9
130	¿Cómo se sienten los pacientes de satisfechos con el modo en que lo trata el médico?	Nada satisfecho / Poco satisfecho / Algo satisfecho / Bastante satisfecho / Muy satisfecho	Calidad ES	10
131	¿Cómo se sienten los pacientes de satisfechos con el modo en que lo trata la enfermera?	Nada satisfecho / Poco satisfecho / Algo satisfecho / Bastante satisfecho / Muy satisfecho	Calidad ES	10
132	¿Cómo se sienten los pacientes de satisfechos con el tiempo que le dedica el médico?	Nada satisfecho / Poco satisfecho / Algo satisfecho / Bastante satisfecho / Muy satisfecho	Percepción de calidad	10
133	¿Cómo se sienten los pacientes de satisfechos con el trato recibido por el resto del personal?	Nada satisfecho / Poco satisfecho / Algo satisfecho / Bastante satisfecho / Muy satisfecho	Percepción de calidad	10
134	¿Cómo se sienten los pacientes de satisfechos con la comodidad y amplitud de la sala de espera?	Nada satisfecho / Poco satisfecho / Algo satisfecho / Bastante satisfecho / Muy satisfecho	Accesibilidad	10
135	¿Cómo se sienten los pacientes de satisfechos con las instalaciones y equipamiento del centro?	Nada satisfecho / Poco satisfecho / Algo satisfecho / Bastante satisfecho / Muy satisfecho	Percepción de calidad	10

Núm	Pregunta	Alternativas	Variable representada	Fuente
136	¿Cómo se sienten los pacientes de satisfechos con el horario de atención a los pacientes?	Nada satisfecho / Poco satisfecho / Algo satisfecho / Bastante satisfecho / Muy satisfecho	Percepción de calidad	10
137	¿Cómo se sienten los pacientes de satisfechos con el tiempo de espera para entrar a la consulta?	Nada satisfecho / Poco satisfecho / Algo satisfecho / Bastante satisfecho / Muy satisfecho	Tiempo entre sintoma y atención	10
138	¿Cómo se sienten los pacientes de satisfechos con la proximidad del centro de salud?	Nada satisfecho / Poco satisfecho / Algo satisfecho / Bastante satisfecho / Muy satisfecho	Accesibilidad consultorio	10
139	¿Cómo se sienten los pacientes de satisfechos con la facilidad para conseguir cita?	Nada satisfecho / Poco satisfecho / Algo satisfecho / Bastante satisfecho / Muy satisfecho	Accesibilidad	10
140	¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario con el tiempo d espera de las atenciones programadas?	No satisfecho / Poco satisfecho / Regularmente satisfecho / Satisfecho / Muy satisfecho	Tiempo entre sintoma y atención	11
141	¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario con el tiempo d espera de las atenciones de emergencia?	No satisfecho / Poco satisfecho / Regularmente satisfecho / Satisfecho / Muy satisfecho	Tiempo entre sintoma y atención	11
142	¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario con la resolución de problemas?	No satisfecho / Poco satisfecho / Regularmente satisfecho / Satisfecho / Muy satisfecho	Resolutividad	11
143	¿Cuál es el nivel de satisfacción del usuario con la infraestructura?	No satisfecho / Poco satisfecho / Regularmente satisfecho / Satisfecho / Muy satisfecho	Percepción de calidad	11
144	El médico conversa con los familiares del paciente cuando es necesario?	Si/No	Enfoque familiar	11
145	El médico de cada paciente tiene un buen entendimiento de los problemas de cada paciente	Escala de 10 niveles	Calidad ES	12
146	El médico le habla al paciente sobre medicinas prescritas en un lenguaje que pueda entender	Escala de 10 niveles	Enfoque familiar	12
147	El médico no mantiene esperando al paciente más de 15 minutos	Escala de 10 niveles	Tiempo entre sintoma y atención	12

1. (Althausen Kortemeier, Villouta Cassinelli, & Püschel Illanes, 2009)
2. (Shi, Starfield, & Xu, 2001)
3. (Garvin, Edmondson, & Gino, 2008)
4. (Bodenheimer, Lorig, Holman, & Grumbach, 2002)
5. (Ministerio de Salud, 2006)
6. (Moral et al., 2010)
7. (Rosal & Lorient-Arín, 2008)
8. (Schoen, Osborn, Doty, Squires, Peugh, & Applebaum, 2009)
9. (Acosta et al., 2011)
10. (Mallou, Boubeta, & Cueto, 2003)
11. (Cuba-Fuentes, Jurado, & Estrella, 2011)
12. (Kerssens, Groenewegen, Sixma, Boerma, & Eijk, 2004)
13. (Red Salud UC, Facultad de Medicina, 2011)
14. (Arnold, Arad, Rhoades, & Drasgow, 2000)
15. (Clark, 1998)

ANEXO 4. INFORMACIÓN SOBRE COLABORADORES

Paula Cerda. Trabajadora Social del Centro de Salud Familiar Juan Pablo II, perteneciente al Proyecto ANCORA UC.

Mariela Rodríguez. Jefa de Sector en Centro de Salud Familiar Trinidad.

Astrid Brunner. Directora Proyecto ANCORA UC

Michael Velten. Jefe de Departamento Gestión de Redes, Subdirección de Gestión Asistencial, Servicio de Salud Metropolitano Occidente

Blanca Peñaloza. Ex Directora Centro de Salud Familiar Madre Teresa de Calcuta, perteneciente al Proyecto ANCORA UC y actual Directora del Centro Médico San Joaquín UC.

Loreto Molina. Gerente MIDE Organizaciones, Centro de Medición MIDE UC.

Aristides Torche. Profesor Instituto de Economía UC

Judith Scharagger. Profesora Escuela de Psicología UC

Patricia González. Directora de Salud, Corporación de Desarrollo Social, I Municipalidad de San Joaquín.

Patricia Huerta. Socióloga UDEC.

Tomás Pantoja. Profesor Escuela de Medicina UC

Ximena Candia, Directora Área de Salud, Corporación Municipal de Educación, Salud y Atención de Menores de Puente Alto

ANEXO 5. VERSIÓN DE LA ENCUESTA DESPUÉS DE LA ETAPA DE DISEÑO

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Pregunta
Componente Sanitaria				
Equipos de Salud	Dotación ES	Necesidad	1	Dotación
			1a	La dotación de médicos en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna
			1b	La dotación de enfermeras en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna
			1c	La dotación de dentistas en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna
			1d	La dotación de otros profesionales en los Centros de APS cubren las necesidades incluidas en los programas de salud de la comuna
		Cargos vacantes	2	En esta comuna, llenar cargos vacantes nos resulta fácil
	Rotación ES		3	Rotación
			3a	La rotación de médicos en los Centros de APS de la comuna es alta
			3b	La rotación de otros profesionales no médicos en los Centros de APS de la comuna es alta
	Calidad ES	Competencias	4	Equipos de salud
		Competencias	4a	Los equipos de salud en los Centros de APS de la comuna son competentes técnicamente
			4b	Los equipos de salud en los Centros de APS de la comuna están bien preparados para la APS
		Consideración	5	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna tienen una buena acogida del paciente
	Seguridad ES		6	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del personal que presta servicios de salud en los Centros de APS de la comuna
			7	Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 a los Equipos de Salud de los Centros de APS de la comuna
			8	¿Por qué los califica de esta forma?

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Pregunta
Enfoque Familiar		Accesibilidad	9	Las demandas de salud de la población se atienden oportunamente en los Centros de APS de la comuna
		Accesibilidad	10	Los Centros de APS de la comuna poseen cobertura completa de horas profesionales para la atención en los días sábados
		Facilidad de atención	11	En los Centros de APS de la comuna es fácil hacerse un examen de salud preventivo
		Facilidad de atención	12	Los Centros de APS de la comuna tienen facilidades para realizar programas de actividad física
			13	Tiempo de espera
		Tiempo espera	13a	El tiempo que el paciente espera para solicitar una hora profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado
		Tiempo espera	13b	El tiempo que el paciente espera para ser atendido por un profesional en los Centros de APS de la comuna es adecuado
		Buen Trato	14	Las personas que consultan son tratadas en forma respetuosa en los Centros de APS de la comuna
		Buen Trato	15	El número de reclamos por problemas de trato en los Centros de APS de la comuna es bajo
		Enfoque biopsicosocial	16	Los profesionales de los Centros de APS de la comuna aplican instrumentos de evaluación familiar en la atención del paciente
		Enfoque biopsicosocial	17	Cuando es necesario en la atención de pacientes crónicos(1), los profesionales de los Centros de APS de la comuna citan a integrantes de la familia del paciente
			18	Médicos de los Centros de APS
		Orientación hacia la educación	18a	Los médicos de los Centros de APS de la comuna explican a los pacientes sus indicaciones
		Orientación hacia la educación	18b	Los médicos de los Centros de APS de la comuna se aseguran que el paciente entienda sus indicaciones
		Continuidad del cuidado	19	El Equipo de Salud que atiende a un paciente es siempre el mismo
		Continuidad del cuidado	20	Los resultados de los exámenes de laboratorio son informados al paciente por un integrante del equipo de salud
		Accesibilidad	21	Frente a una situación de salud que requiere atención profesional, jerarquice, según frecuencia de uso, los lugares que consultan los pacientes
			22	Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 la calidad del Enfoque familiar de los Centros de APS de la comuna
			23	¿Por qué lo califica de esta forma?

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Pregunta
Calidad del proceso	Soporte para las decisiones	Existencia protocolos	24	Manejo Pacientes Crónicos(1)
			24a	El protocolo de manejo de pacientes crónicos(1) está disponible en los box de atención de los Centros de APS de la comuna
		Calidad protocolos	24b	Los protocolos de manejo de pacientes crónicos(1) han sido validados localmente
			24c	Los Equipos de Salud aplican los protocolos de pacientes crónicos(1) en los Centros de APS de la comuna
	Recursos y servicios	Equipamiento	25	El equipamiento en los Centros de APS de la comuna es apropiado
		Infraestructura	26	Las condiciones de infraestructura de los Centros de APS de la comuna son adecuadas
			27	Los Centros de APS de la comuna realizan gestión de reclamos
		Provisión de servicios	28	La disponibilidad de exámenes de laboratorio es adecuada en los Centros de APS de la comuna
		Provisión de servicios	29	La disponibilidad de medicamentos para pacientes crónicos(1) es adecuada en los Centros de APS de la comuna
		Seguridad	30	Existen protocolos de seguridad para el cuidado del paciente en los Centros de APS de la comuna
				31 Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 la Efectividad de los Centros de APS de la comuna
				32 ¿Por qué lo califica de esta forma?

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Pregunta
Componente de gestión				
Coordinación con las redes de salud	Información	33	Los Centros de APS de la comuna tienen disponible la información sobre las redes locales	
	Protocolos de derivación	34	En los Centros de APS de la comuna la derivación a otras instancias de la red sanitaria opera de acuerdo al protocolo	
		35	Red de servicios de salud	
	Funcionamiento de la red	35a	La red de servicios de salud local de la comuna responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	
	Funcionamiento de la red	35b	La red de servicios de salud secundarios y terciarios responde a los requerimientos de los Centros de APS de la comuna	
	Frecuencia de derivación	36	Los profesionales de salud de los Centros de APS de la comuna derivan a los pacientes a un especialista sólo cuando es necesario	
	Apoyo al paciente	37	Los Centros de APS de la comuna dan apoyo a los pacientes vulnerables para ser atendidos en otro nivel de atención	
	Interconsultas	38	En los Centros de APS de la comuna hay gestión de interconsultas	
		39	Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 el funcionamiento de las Redes de Salud para los requerimientos de los pacientes de la comuna	
		40	¿Por qué lo califica de esta forma?	
Sistemas de Info	Disponibilidad	41	Información clínica	
		41a	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna está disponible al momento de la atención	
	Calidad	41b	La información clínica del paciente en los Centros de APS de la comuna es de buena calidad	
		42	Sistemas de Centros de APS	
	Ficha clínica	42a	Los Centros de APS de la comuna poseen ficha clínica electrónica	
		42b	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones de gestión	
	Decisiones gestión	42c	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información electrónico para apoyar la toma de decisiones clínicas	
	Decisiones clínicas	Sistema de enfermedades crónicas	42d	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de información sobre resultados de enfermedades crónicas(1) que apoya la toma de decisiones
43			Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 los Sistemas de Información de los Centros de APS de la comuna	
			44	¿Por qué lo califica de esta forma?

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Pregunta
Prácticas de gestión	Gestión del cambio	Experimentación	45	Los Centros de APS de la comuna promueven la generación y adopción de buenas prácticas para otorgar servicios
		Aceptación al cambio	46	Las propuestas de cambios para mejorar la atención son bien aceptadas por los profesionales de los Centros de APS de la comuna
	Capacitación	Brechas de competencias	47	En los Centros de APS de la comuna, la capacitación se orienta a las brechas de competencias de los equipos
		Tiempo	48	En los Centros de APS de la comuna, se respeta el tiempo para la capacitación de los equipos
		Gestión del conocimiento	50	Los Equipos de Salud realizan auto-observación y evaluación de sus prácticas
		Relevancia de temas	49	La capacitación referida al protocolo de manejo de pacientes crónicos(1) es apropiada
	Sofisticación	Estándares	51	En los Centros de APS de la comuna regularmente se comparan los rendimientos con el de otros Centros de APS y/o con estándares más elevados
	Clima Laboral	Actividades	52	En los Centros de APS de la comuna existen actividades concretas para mejorar el clima laboral
		Espacios	53	Los Centros de APS de la comuna protegen los espacios de autocuidado de los Equipos de Salud
				Como resumen de sus respuestas anteriores, califique con una nota de 1 a 7 las Prácticas de Gestión de los Centros de APS de la comuna
			54	
			55	¿Por qué lo califica de esta forma?

Dimensión	SubDimensión	Indicador	Núm	Pregunta	
Efectividad	Percepción de calidad	Información requerida	56	Atención Centros de APS	
			56a	En los Centros de APS de la comuna al paciente se le entrega toda la información que requiere	
		Escucha al paciente	56b	En los Centros de APS de la comuna el paciente es escuchado con atención	
			Atención	57	Pacientes de la comuna
		58a		Los pacientes están satisfechos con la atención que se presta en los Centros de APS de la comuna	
		Trato	58b	Los pacientes están satisfechos con el trato recibido en los Centros de APS de la comuna	
	Eficacia		Indicadores	59	Sistemas de Indicadores
		59a		La EAMS(1) posee un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	
		Indicadores	59b	Los Centros de APS de la comuna poseen un sistema de seguimiento de indicadores relevantes para la gestión, adicionales a los definidos por el MINSAL	
			Indicadores crónicos	60	Se utilizan frecuentemente indicadores que miden calidad del control de enfermedades crónicas(1) en los Centros de APS de la comuna
					61
				62	¿Por qué lo califica de esta forma?
	Contexto				
Gestión comunal	Recursos comunitarios		63	Las organizaciones comunales participan en la toma de descisiones de salud de los Centros de APS de la comuna	
	Recursos comunitarios		64	El municipio dispone de programas de apoyo comunales para enfermos crónicos(1)	
	Recursos comunitarios		65	La EAMS(2) cuenta con el respaldo del Servicio de Salud en las decisiones complejas	
	Recursos comunitarios		66	La EAMS cuenta con el respaldo de las autoridades comunales en las decisiones complejas	

ANEXO 6. CORREO ELECTRÓNICO ENVIADO A LOS DIRECTORES DE SALUD CON LA ENCUESTA



La Facultad de Medicina y la Escuela de Ingeniería de la UC le invitan a participar de la investigación
HACIA UNA APS CADA VEZ MEJOR



A nombre de la Escuela de Medicina e Ingeniería de la Universidad Católica, lo invitamos a contestar la Encuesta Hacia una APS cada vez mejor.

Esta encuesta forma parte de una investigación sobre las variables más relevantes en la gestión de la Atención Primaria de Salud (APS), que está siendo realizada por los profesores de la Universidad Católica Dr Joaquín Montero, de la Escuela de Medicina (con amplia experiencia en investigación en Atención Primaria) y Sr. Nicolás Majluf, de la Escuela de Ingeniería (con amplia experiencia en gestión).

Para facilitar la respuesta de la encuesta, la hemos dividido en 2 cuestionarios:

Cuestionario 1

Orientado al Director de la Entidad Administradora de Salud Municipal (EAMS). Rogamos entrar al link {SURVEYURL} para acceder a este cuestionario de 9 secciones, el cual le tomará **entre 10 y 15 minutos** responder. Por favor, responda todas las preguntas.



Cuestionario 2

Orientado al encargado de estadísticas de la EAMS. Agradecemos que el archivo adjunto, que se le enviará en un correo posterior y que consiste en una planilla numérica²⁰ que debe ser completada con los datos de cada Centro de APS de la Comuna, la reenvíe a la persona apropiada en su Institución. La planilla completa se debe enviar al correo encuesta.gestion.aps@gmail.com.

Su participación es fundamental para conocer de primera fuente sus inquietudes y opiniones sobre los diversos ámbitos sanitarios y de gestión de la administración municipal de la salud. Esto permitirá desarrollar planes de mejoramiento más pertinentes para la APS en el país.

²⁰ Esta planilla fue entregada a los Directores de Salud. Sin embargo, al observar una tasa de respuesta muy baja, se consideró relevante eliminar esta información del análisis.

Este estudio está patrocinado por la Asociación Chilena de Municipalidades y el Consejo Consultivo del AUGE.

Sus respuestas serán usadas sólo con fines académicos y se mantendrán estrictamente **confidenciales**. Por otro lado, en el estudio final, no se asociará ningún dato con un nombre de comuna.

NO EXISTEN RESPUESTAS BUENAS O MALAS. Por favor responda con lo que más se ajuste a su apreciación de los hechos y marque la alternativa más apropiada para su respuesta. Responda todas las preguntas.

En la página web <https://www.dropbox.com/sh/14dz6929lrop4y9/u3a7ha2Aju> podrá encontrar más detalles de la investigación, además de las cartas de apoyo del Consejo Consultivo AUGE y la Asociación Chilena de Municipalidades.

Para consultas, llámenos de lunes a viernes al (2)354 4814, (2)3544081, (2)3544272 entre las 08:30 y 18:30 horas o bien escribanos a encuesta.gestion.aps@gmail.com.

Los resultados comparativos que se obtengan a partir de las respuestas le serán enviados al término de este estudio en conjunto a una copia del informe final de la investigación.

Agradeciendo su participación se despide,

Equipo Escuela de Medicina e Ingeniería
P. Universidad Católica de Chile

ANEXO 7. DOCUMENTO ADJUNTO A LA ENCUESTA REALIZADA



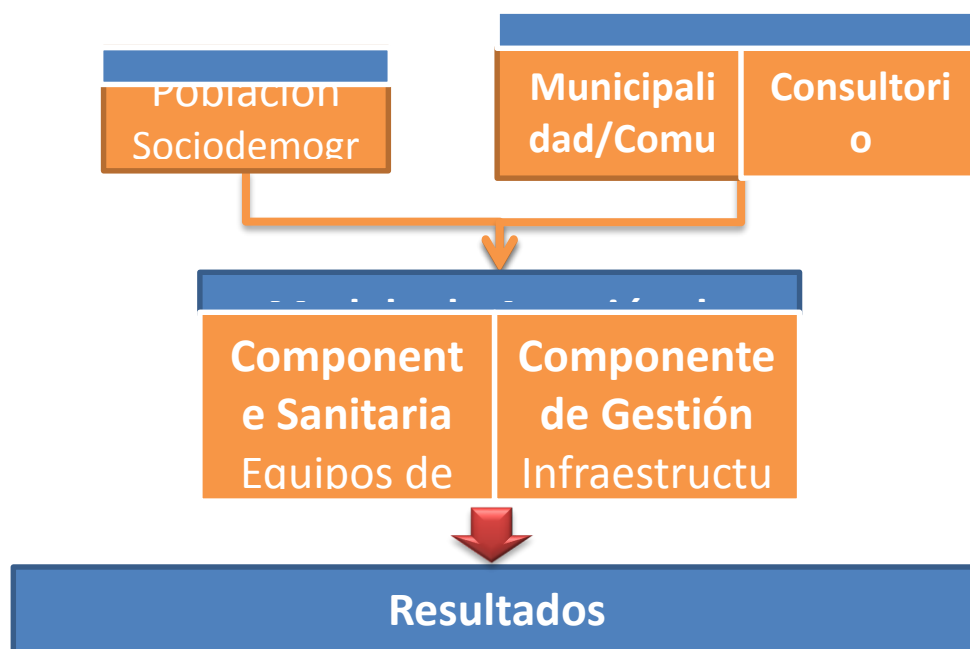
HACIA UNA APS CADA VEZ MEJOR



Esta encuesta forma parte de una investigación sobre las variables más relevantes en la gestión de la Atención Primaria de Salud (APS), que está siendo realizada por los profesores de la Universidad Católica Dr Joaquín Montero, de la Escuela de Medicina (con amplia experiencia en investigación en Atención Primaria) y Sr. Nicolás Majluf, de la Escuela de Ingeniería (con amplia experiencia en gestión).

El objetivo de esta investigación es estudiar el impacto de las variables más relevantes de las componentes clínico-sanitarias y de gestión sobre la APS. Esto permitiría contribuir a mejorar la atención de salud en los Centros de APS y ayudar así a mitigar la inequidad en Chile.

El estudio tiene como unidad de análisis las Entidades Administradora Municipal de Salud (EAMS) de todo el país y utiliza como metodología el análisis de regresión. De esta forma, se definió un modelo conceptual utilizando la información bibliográfica disponible para luego realizar una agrupación jerárquica de esta información, lo que resulta en el siguiente modelo.



La presente investigación pretende analizar cuáles de las variables presentes en este modelo son relevantes para explicar una buena gestión en la APS.

La encuesta aquí presentada es el instrumento de medición elegido para medir las variables que serán analizadas posteriormente. Esta consta de 3 partes. En la primera, las respuestas representan las apreciaciones del Director de la EAMS sobre la situación que prevalece en cada una de las Instituciones. En la segunda parte, se evalúa el liderazgo de los Directores de los Centros de APS de cada Comuna. Finalmente, la tercera parte consiste en una planilla numérica que debe ser completada con los datos de cada uno de los Centros de APS de la Comuna.

Esperando que este documento haya contribuido a informar de mejor forma los objetivos de la presente investigación, se despide cordialmente

Equipo Escuela de Medicina e Ingeniería
P. Universidad Católica de Chile.

ANEXO 8. CARTAS DE APOYO A APLICACIÓN DE ENCUESTA

Asociación
Chilena de
Municipalidades

C. N°: 160-611 /

Santiago, marzo 09 de 2012

Señor

Nicolás Majluf

Profesor

Departamento de Ingeniería Industrial y de sistema - Escuela de Ingeniería

Pontificia Universidad Católica de Chile

PRESENTE

De mi consideración:

En virtud del Reglamento Sobre Auspicios y Patrocinios, documento que regula la pertinencia de patrocinar y/o auspiciar actividades relevantes para la Asociación Chilena de Municipalidades, me es grato informar a usted que nuestra institución ha decidido otorgar el patrocinio al para **EL DESARROLLO DEL CUESTIONARIO APLICARSE EN TODAS LAS EAMS DEL PAÍS.**

Deseándole el mayor de los éxitos en la postulación de esta actividad, le saluda atentamente a Usted,

Jaime A. Belmar Labbé
Secretario Ejecutivo
Asociación Chilena de Municipalidades
JABL/yvb.

DISTRIBUCIÓN:

Cc: Indicado.
Archivo.



Sr. Cristián Mansilla
Pontificia Universidad Católica de Chile
Presente

Santiago, 6 de diciembre de 2011.

Estimado Sr. Mansilla

Me es grato informar a Usted que el Consejo Consultivo del Régimen de Garantías Explícitas en Salud ha acordado, en su reunión del día viernes 25 de noviembre de 2011, entregar auspicio a su protocolo de investigación "Variables Relevantes de la Gestión de APS en el Control de Crónicos en APS Municipal", en atención a la relevancia que sus resultados tendrán para informar la decisión en materias que dicen relación con el establecimiento de garantías y programas que se ejecuten en ese nivel de la red de atención.

Junto con desearle éxito en su proyecto de tesis, agradeceremos a Usted enviarnos copia de los resultados obtenidos, una vez finalizada la investigación señalada.

Sin otro particular, saluda atentamente a Usted,

Dr. Rodrigo A. Salinas
Presidente (s)
Consejo Consultivo Régimen GES

ANEXO 9. PROTOCOLOS CALL CENTER ENCUESTA

Protocolo Call Center – Hacia una APS cada vez mejor

Este protocolo pretende operacionalizar y hacer más fácil el trabajo del call center encargado de aplicar la encuesta Hacia una APS cada vez mejor.

Objetivo del trabajo: Aumentar la tasa de respuesta de la encuesta en cuestión

Meta final: Lograr que el 60% de los municipios del país contesten la encuesta.

Meta semanal: Contactar a todos los Directores de Salud Municipal en una semana.

Llamada

“Buenos(as) Días (Tardes), mi nombre es _____ y estoy buscando al Señor(a) _____ a nombre de la Universidad Católica y la Asociación Chilena de Municipalidades.”

R. No se encuentra o está ocupado

¿En qué horario podría ubicarlo?

R. Él (ella) ya no trabaja aquí

Entonces, ¿es posible ubicar al Director de Salud Municipal actual?

R. Transfiere

“Buenos(as) Días (Tardes), mi nombre es _____. Lo llamo de la Escuela de Medicina e Ingeniería de la Universidad Católica para invitarlo a participar de la Encuesta Hacia una APS cada vez mejor.

(En tono de solicitud) Le agradecería si tomase 2 minutos de su tiempo para poder introducirlo en el contexto de la investigación”

R. Acepta

Esta encuesta forma parte de una investigación que está siendo realizada por el Dr Joaquín Montero, profesor de la Escuela de Medicina y Sr. Nicolás Majluf, de la Escuela de Ingeniería de la Universidad Católica.

Esta investigación es patrocinada por la Asociación Chilena de Municipalidades y el Consejo Consultivo del AUGÉ.

El cuestionario consta de 3 partes. En la primera, las respuestas representarán sus apreciaciones sobre la situación que prevalece en la Dirección de Salud de su comuna. En la segunda parte, se le solicitará su opinión acerca del liderazgo de los Directores de los Centros de APS que Usted dirige. Finalmente, agradecemos que la tercera parte

que consiste en una planilla numérica con datos de cada centro, la reenvíe a la persona encargada de las estadísticas en su Institución.

El cuestionario ya ha sido enviado a su correo electrónico. Me gustaría confirmar si lo ha recibido.

R. Si

Muy bien. Agradecemos que tome 15 minutos de su tiempo para ayudarnos en este trabajo.

Si Ud tiene consultas, llámenos de lunes a viernes al (2)354 4814, (2)3544081, (2)3544272 entre las 08:30 y 18:30 horas o bien escribanos a encuesta.gestion.aps@gmail.com.

R. No

¿Me puede entregar su correo electrónico para reenviárselo?

Enviar correo electrónico a encuesta.gestion.aps@gmail.com señalando el problema

Muy bien. Le enviaremos lo antes posible la encuesta.

Si Ud tiene consultas, llámenos de lunes a viernes al (2)354 4814, (2)3544081, (2)3544272 entre las 08:30 y 18:30 horas o bien escribanos a encuesta.gestion.aps@gmail.com.

R. No

¿Es posible que pueda volver a comunicarme con Usted en otro horario?

R. No sé manejar encuestas por internet

Si Ud prefiere, le puedo reenviar la encuesta por fax o correo, de manera que tenga mayor facilidad para responderla.

Fax: 5521608

Correo: Campus San Joaquín, Vicuña Mackenna 4860, Edificio Raúl Devés, Piso 3

Recepción de Llamada

“Buenos(as) Días (Tardes), mi nombre es _____, en qué lo puedo ayudar”

Si sabe la respuesta

Responde

No sabe la respuesta

En seguida procesaré su consulta para que le sea contestada por correo electrónico. Envía un correo electrónico a encuesta.gestion.aps@gmail.com poniendo la consulta (se recibirá un mensaje automático)

¿Puedo ayudarlo en algo más?

Gracias por llamar. No dude en llamarnos o enviarnos un correo electrónico.

Preguntas frecuentes

1) ¿Qué pasa si no funciona el link de la encuesta?

R. Prueba con otro navegador(explorer, chrome o firefox) o con otra conexión a internet.

2) ¿Quiénes son el Doctor Montero o Profesor Majluf?

R. El Doctor Joaquín Montero es profesor del Departamento de Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile e investigador en Atención Primaria. El profesor Nicolás Majluf es profesor del Departamento de Ingeniería Industrial y de Sistemas de la Pontificia Universidad Católica de Chile y especialista en temas de gestión.

3) ¿Puede contestar la encuesta otra persona?

R. El cuestionario web no puede ser respondido por otra persona que no sea el Director de Salud de la comuna. Sin embargo, la planilla Excel enviada en un mail simultáneo debe ser contestada por el encargado de estadísticas de la comuna.

4) ¿Hasta qué fecha se puede contestar la encuesta?

R. La encuesta Hacia una APS cada vez mejor puede ser respondida hasta el viernes 30 de marzo.

ANEXO 10. RESPUESTAS COMUNA BULNES

[illegible]

ANEXO 11. GLOSARIO DE SIGLAS ENCONTRADAS AL INTERIOR DEL DOCUMENTO

APS: Atención Primaria de Salud

CS: Centro de Salud

EC: Enfermedades Crónicas

HTA: Hipertensión Arterial

DM: Diabetes Mellitus

ES: Equipos de Salud

EF: Enfoque Familiar

CP: Calidad del Proceso

CR: Coordinación con la Red

SI: Sistemas de Información

PG: Prácticas de Gestión

E: Efectividad

LAC: Latinoamérica y el Caribe

EAMS: Entidad Administradora Municipal de Salud