

D- 18307.27

18307.27  
(045605)

**CURSO DE POSTGRADO EN POBLACION Y DESARROLLO  
PROGRAMA GLOBAL DE FORMACION EN POBACION Y  
DESARROLLO  
SANTAGO, 1994**

**TALLER DE INTEGRACION**

**CURSO 205**

**GESTION Y EVALUACION DEL PROGRAMA DE ATENCION PRIMARIA.**

**CONCEPCION - REGION DEL BIOBIO**

**César Cárdenas  
Ramón Orlando Jiménez  
Guillermo Ndong  
Gladys Rosales R.**

**Profesor coordinador:  
Fernando Salamanca O.**



900028588 - BIBLIOTECA CEPAL

**Santiago de Chile  
Octubre de 1994**

**CELADE - SISTEMA DOCPAL  
DOCUMENTACION  
SALUD POBLACION EN  
AMERICA LATINA**

**CENTRO LATINOAMERICANO DE DEMOGRAFIA -CELADE-  
PROGRAMA GLOBAL DE FORMACION EN POBLACION Y DESARROLLO**

**TALLER DE INTEGRACION  
(205)**

**Gestión y Evaluación del Programa de Atención Primaria  
del Consultorio Tucapel**

**Participantes:** Gladys Rosales R. (Ecuador)  
Ramón Orlando Jiménez (Rep. Dominicana)  
César Cárdenas (México)  
Guillermo Ndong (Guinea Ecuatorial)

**Coordinador:** Fernando Salamanca

**7 de Octubre, 1994**

## INDICE

	Página
INTRODUCCION .....	1
I. DIAGNOSTICO REGIONAL Y LOCAL .....	2
I.1. Inversión pública .....	4
I.2. Condiciones de salud-enfermedad de la región .....	7
I.3. Capacidad de resolución del sistema de atención primaria de salud .....	11
II. LOS NIVELES DE GESTION INSTITUCIONAL DE SALUD EN LA REGION .....	12
III. GESTION ADMINISTRATIVA Y TECNICA DEL CONSULTORIO DE TUCAPEL .....	16
III.1. Recursos humanos .....	17
III.2. Recursos materiales, insumos y medicamentos .....	18
III.3. Clima organizacional .....	18
III.4. Programa de atención materna y perinatal .....	18
III.5. Subprograma de planificación familiar .....	19
III.6. El subprograma de lactancia materna. ....	19
III.7. Programa de alimentación complementaria .....	20
III.8. Programa de salud del adulto y senescente .....	21
III.9. El programa del adulto mayor .....	21
III.10. Programa infantil .....	22
III.11. Programa de inmunizaciones .....	23
III.12. Programa de control odontológico .....	23
IV. EVALUACION DE LA GESTION Y DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS .....	25
IV.1. Problemas identificados .....	25
IV.2. Consultas de especialidad (referencia al segundo y tercer nivel) .....	27
IV.3. Productividad del servicio. ....	34
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	36
ANEXO A .....	40
ANEXO B .....	43
RESUMEN EJECUTIVO .....	51
ANEXO C .....	54

## **INTRODUCCION**

El presente trabajo ofrece un panorama general sobre la situación de salud-enfermedad -y del acceso a recursos y servicios de atención médica- presentes en la comuna de Concepción. Se elabora un marco conceptual y se analizan los resultados obtenidos en la investigación realizada en el consultorio Tucapel de la ciudad de Concepción.

El trabajo consta de los siguientes apartados:

1) Diagnóstico regional local, que incluye una visión general de la calidad de vida y de la población, en particular de sus condiciones de salud-enfermedad, destacando sus diferencias frente al resto del país.

2) Diagnóstico del nivel institucional de salud de la región, con el fin de conocer la estructura y funcionamiento de las unidades locales de atención respecto del nivel central.

3) Diagnóstico de la gestión administrativa y técnica del consultorio de Tucapel.

4) Análisis de las variables de resultado, a partir de las cuales se elabora una propuesta de acción para elevar la calidad de la atención de la unidad.

## **I. DIAGNOSTICO REGIONAL Y LOCAL**

Un elemento de partida fundamental es la caracterización de los niveles de pobreza existentes en la región. De acuerdo con los resultados de la encuesta CASEN 1992, la población total de la región del Biobío era de 1 778 534 habitantes; 865 967 viven en la comuna de Concepción-Arauco, 422 636 en la comuna de Ñuble, 155 619 en la de Talcahuano y 334 312 en la de Biobío. El 46.6% vive en condiciones de pobreza, definida como la incapacidad para satisfacer las necesidades alimentaria y no alimentarias; de igual forma, existe un 16.8% de habitantes en condición de indigencia, término que designa la incapacidad para satisfacer las necesidades alimenticias, aun cuando se destinara a ese fin la totalidad de ingresos del hogar. De lo expuesto se desprende que, de los 407 757 hogares existentes en la región, 189 907 son pobres y 68 533 son indigentes.

En el cuadro 1, se identifica la magnitud de la pobreza en el área de influencia del Consultorio Tucapel. En este cuadro se define pobreza como aquella situación que presenta carencias manifiestas en la calidad de la vivienda, saneamiento básico y acceso a servicios así como vulnerabilidad expresada en altos índices de dependencia económica (la construcción específica del Índice de pobreza se describe en el Anexo A).

Cuadro 1  
**POBREZA SEGUN ZONA CENSAL EN AREA DE INFLUENCIA DEL  
CONSULTORIO DE TUCAPEL, 1992**

Distrito	Zona censal	Pobres	%	No pobres	%	TOTAL
<b>TOTAL</b>		<b>24548</b>	<b>40.93</b>	<b>35426</b>	<b>59.07</b>	<b>59974</b>
PAJONAL	1	1863	32.14	3934	67.86	5797
	2	1647	29.10	4012	70.90	5659
Total Distrito		3510	30.60	7946	69.40	11456
MANUEL RODRIGUEZ	1	1613	38.46	2581	61.54	4194
Total Distrito		1613	38.46	2581	61.54	4194
TUCAPEL	1	1885	41.32	2677	58.68	4562
	19	---	---	8	100.00	8
Total Distrito		1885	41.2	2685	58.80	4570
LO MENDEZ	1	2581	48.44	2747	51.56	5328
	2	3969	46.80	4512	53.20	8481
	3	1847	37.32	3102	62.68	4949
Total Distrito		8397	44.80	10361	55.20	18758
LA TOMA	1	1206	29.66	2860	70.34	4066
	2	3562	38.77	5626	61.23	9188
	6	4252	56.47	3278	43.53	7530
	4	123	58.02	89	41.98	212
Total Distrito		9143	43.50	11853	56.50	20996

Fuente: Datos del Censo de Chile, 1992, procesados en REDATAM.

Se advierte en este cuadro un porcentaje total de 40.9% de pobres, con el nivel más alto en el Distrito Lo Méndez (48.4%) y el menor en La Toma (29.5%).

La distribución de la población a nivel regional, por nivel de ingreso, también muestra una situación de profunda desigualdad social. En efecto, el 33.7% de los hogares se ubica en el estrato más pobre, definido como aquel que percibe ingresos inferiores al costo de una canasta básica (\$ 12 875); el 22.1% pertenece al segundo estrato, que corresponde a aquel con ingresos inferiores a dos canastas básicas. Así, más de la mitad de la población enfrenta problemas para cubrir sus necesidades nutricionales mínimas.

Por otro lado, el 8.9% de la población de la región es analfabeta (106 778 personas) y la escolaridad media del resto de los habitantes es de sólo 8 años.

### **I.1. Inversión pública**

La inversión pública a través del Fondo Nacional de Desarrollo Regional en el cuatrienio 1990-1993 fue de \$16 427 miles de millones (MM\*), un 18% más que el cuatrienio anterior. Este aumento permitió financiar proyectos de infraestructura en el área de la salud y en el área social. De la inversión total, un 22% se orientó a obras de construcción, reposición y equipamiento de los establecimientos de salud.

La inversión en salud (que incluye la inversión total más la del FNDR) aumentó respecto al período 1986-1989. De MM\*\$13 547 pasó a MM\$14 305 en el 1990-1993, es decir un 6% más. Este incremento posibilitó la construcción de 12 postas rurales y 14 consultorios generales urbanos y rurales que benefician, en conjunto, a 257 000 personas, permitiendo un mejor acceso a la salud de los sectores desprotegidos y de escasos recursos.

También ha sido notoria la inversión en equipamientos en varios establecimientos de salud (ambulancias, equipo de rayos x, ecógrafos, equipos dentales) y la realización de acciones que fortalecen la atención primaria urbana, como es la creación de 4 servicios de atención primaria de urgencia y la implementación de terceros turnos en diferentes consultorios de la región.

En cuanto a la inversión en el sector de Saneamiento, durante el período 1990-1993 la inversión pública sanitaria fue de MM\$31 143, y se orientó a la ejecución de una gran cantidad de proyectos para dotación y mejoras del abastecimiento de agua potable, especialmente a localidades pobres, para así contribuir a elevar la calidad de vida de sus pobladores.

El gasto social en el sector salud corresponde a recursos empleados en la atención en salud a la población de escasos recursos -principalmente en el nivel primario- al

---

MM = miles de millones.

apoyo en alimentación de niños y madres con problemas nutricionales y de apoyo a las localidades rurales pobres a través de la ejecución de proyectos locales en zonas rurales.

En 1993, por ejemplo, el gasto social en salud fue de MM\$43 106, lo que representa un incremento real de un 31% respecto al de 1990. Ese aumento permitió incrementar los gastos del Programa de Alimentación Complementaria en un 16% (de MM\$3 529 en 1990 pasó a MM\$4 081 en 1993). Por otro lado, los recursos gastados en atención en el nivel primario y en servicios de farmacia crecieron en un 10%.

En los cuadros 2 y 3 se presenta la relación de la inversión pública y del gasto social total y en el sector salud por años. Respecto a la inversión total, es importante resaltar las profundas variaciones que representa el porcentaje de la inversión dedicada a salud, probablemente influenciadas por los efectos de años electorales, donde prácticamente la inversión cae alrededor de un 2% para 1990 y de 3.5% para 1993 (Véase el cuadro 2).

En cuanto a la participación del Fondo Nacional de Desarrollo Regional tuvo un primer incremento para luego declinar. En este programa, la inversión en salud aumentó de un 15% en 1986 a 45% en 1989, reduciéndose a sólo un 19% en el 1993 (a pesar del aumento de la inversión total en este programa).

El gasto social total y el gasto social en salud aumentaron en un 45 y 31%, respectivamente, en 1993 respecto a 1990; sin embargo, la participación del gasto social en salud se ha mantenido prácticamente constante, alrededor de un 40% por año (cuadro 3).



Cuadro 2  
**INVERSIÓN PÚBLICA TOTAL Y DEL FONDO NACIONAL DE  
 DESARROLLO REGIONAL (FNDR) POR AÑOS EN LA  
 REGIÓN DEL BÍOBÍO, 1986-1993**  
 (en miles de millones de pesos)

Años	INVERSION TOTAL			INVERSION FNDR		
	Total	Salud	%	Total	Salud	%
1986	31103	3375	10.9	2196	348	15.8
1987	23821	2123	8.9	2587	598	23.1
1988	29875	1693	5.7	4468	1607	36.0
1989	25437	1551	6.1	4697	2115	45.0
1990	28699	566	2.0	3007	1155	38.4
1991	37847	1959	5.2	3903	1225	31.4
1992	58237	5341	9.2	4353	988	22.7
1993	59307	2073	3.5	5163	988	19.1

**Fuente:** Informe de Gestión Pública 1990-1993. Región del Biobío, Intendencia Regional.

Cuadro 3  
**DISTRIBUCION DEL GASTO SOCIAL TOTAL Y EN SALUD  
 POR AÑOS EN LA REGION DEL BIOBIO, 1990-1993.**  
 (en miles de millones de pesos).

AÑOS	GASTO SOCIAL		
	Total	Salud	%
1990	79418	32983	41.5
1991	92045	38289	41.6
1992	106377	42615	40.1
1993	115304	43106	37.4
Variación (%)	45	31	

**Fuente:** Informe de Gestión Pública 1990-1993. Región del Biobío, Intendencia Regional.

## **1.2. Condiciones de salud-enfermedad de la región**

La población de la Región se encuentra en una etapa avanzada de la transición demográfica, con un 29.5% de menores de 15 años y un 5.7% de mayores de 65 años.

En cuanto a la distribución por sexo, existe predominio femenino. En lo que se refiere a cobertura, un 95.9% de la población está cubierta por el Sistema Nacional de Servicios de Salud, es decir que el 4.1% estaría cubierto por el sector privado.

A continuación se presenta un resumen de los recursos humanos y establecimientos de salud de la región, por tipo de complejidad. Se puede observar que la mayor parte (28 y 60%, respectivamente), corresponden a consultorios y postas rurales de atención primaria (Véanse los cuadros 4 y 5).

**Cuadro 4**  
**RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR PUBLICO SALUD**  
**EN LA REGION DE BIOBIO. 1992.**

CATEGORIA PROFESIONAL	SNSS	MUNICIPAL	TOTAL	RAZON x 1000 HABS.
Médicos	7988	1270	9258	0.70
Dentistas	1117	757	1874	0.14
Enfermeras	2702	871	3573	0.27
Matronas	1859	719	2578	0.19
Asist. soc.	439	292	731	0.06
Nutricion.	505	330	835	0.06
Farmacéut.	277	12	289	0.02
Kinesiólog.	310	26	336	0.03
Tecnólogos	1077	37	1114	0.08
Otros profesion.	1398	55	1453	0.11
Contadores	208	73	281	0.02
Choferes	1316	441	1757	0.13
Aux. paramédicos	21050	4702	25752	1.95
Auxiliares	11899	1340	13239	1.00
Of. admin.	8659	1717	10376	0.78
Otros	2419	886	3305	0.25
<b>Total</b>	<b>63223</b>	<b>13528</b>	<b>76751</b>	<b>5.79</b>

**Fuente:** Anuario de Recursos Humanos 1992, Ministerio de Salud, Departamento de Atención Primaria de Salud.

**Cuadro 5**  
**INDICADORES DE SALUD DE LA REGION DEL BIOBIO, SEGUN PROVINCIAS**

TIPO DE SERVICIOS	SERVICIOS DE SALUD				
	Total región	Ñuble	Concep. Arauco	Talca- huano	Bio- bío
Total de camas	5080	964	1867	675	782
Habts/médicos	192.1	--	--	--	--
Hbts/odontólogos	949.0	--	--	--	--
Hbts/enfermeras	497.7	3687	3025	3776	6399
Hbts/matronas	689.8	6329	6309	6872	6276
Hbts/aux.paraméd.	69.0	601	475	650	612
Hbts/hospitales	63519	60376	78724	51873	47759

**Fuente:** Anuario de Recursos Humanos 1992, Ministerio de Salud, Departamento de Atención Primaria de Salud.

**Cuadro 6**  
**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA REGION DEL BIOBIO, SEGUN TIPO**

TIPO DE SERVICIOS	SERVICIOS DE SALUD				
	Total región	Ñuble	Concep. Arauco	Talca- huano	Bio- bío
TOTAL	275	82	85	16	92
1. Hospitales	28	7	11	3	7
Tipo 1	4	1	1	1	1
Tipo 2	3	1	2	0	0
Tipo 3	2	0	2		0
Tipo 4	19	5	6	2	6
2. Consultorios adosados de especialidades	81	26	28	8	19
De APS	4	1	1	1	1
De APS	77	25	27	7	18
3. Postas municipales	166	49	46	5	66

**Fuente:** SEREMI de Salud. Región del Biobío.

En cuanto a la **tasa de natalidad**, la de Concepción (24,7 por mil) se mantiene casi a la par de la del país (23.3) en tanto que la de la región llega a 25 por mil.

La **mortalidad general** supera a la del país en 0.8 puntos por mil (6.8 frente a 6 por mil). Concepción alcanza un 6.5 por mil. Para 1986 las peores condiciones se presentaban en Tirúa, con un 15.1 por mil.

La **tasa de mortalidad infantil** se mantiene en un nivel de 16 por 1000 nacidos vivos, en la región llega a 17.2 y en la comuna a 16.7. Se comprueba una disminución en relación a los años anteriores, tanto en el país como en la región. Tirúa es la comuna que presenta alta mortalidad en la región al año 1986 (90.5 por cada mil nacidos vivos).

La **tasa de mortalidad neonatal** ha disminuido. Esto se atribuye al énfasis dado por el Ministerio de Salud a la implementación de una red de atención de cuidados intensivos regionalizados en todo el país. En atención al mayor desarrollo de la neonatología, disminuyó la mortalidad neonatal: en el país es de 8.5, en la región 8.8, y en Concepción de 10.1 por cada mil nacidos vivos. La comuna de San Fabián, con un 37 por mil, es la que presenta uno de los niveles altos regionales de este indicador en 1986.

Cabe destacar que Chile ha logrado una **cobertura de atención profesional del parto** cercana al 100%. Así, en el país alcanza un 99.12% y en la región a un 98.2%; en Concepción es de 98.9%. La diferencia se explica por la falta de cobertura en los cordones marginales urbanos.

El **perfil de morbilidad** observado destaca la presencia de enfermedades transmisibles y relacionadas con un deterioro severo de la calidad de vida de la población, tales como: parotiditis, hepatitis, TBC en todas sus formas, gonorrea y sífilis.

Se ha dado énfasis al **control de la desnutrición** en el grupo de niños de 1 a 2 años de edad, la que alcanza al 5.3% en el país y al 5.5 en la región.

### **I.3. Capacidad de resolución del sistema de atención primaria de salud**

El problema que se presenta en la Región es que, dado el énfasis puesto en la atención primaria de salud, las consultas e interconsultas de especialidad (nivel secundario de atención) no son atendidas en términos de oportunidad, ya que demoran entre 28 y 119 días en su tramitación hasta que el paciente accede a las mismas. Otro problema identificado es el de los exámenes de apoyo al diagnóstico: hay deficiencia en la atención de rayos X y de laboratorio debido a la incapacidad del sistema para absorber la demanda.

En cuanto al cumplimiento de los programas de salud en la región llama la atención el poco impacto del programa de lactancia materna, pese a la importancia que se le otorgó dentro de la programación. Esta afirmación surge de los datos analizados y también de las opiniones dadas por algunos informantes calificados.

## II. LOS NIVELES DE GESTION INSTITUCIONAL DE SALUD EN LA REGION

La estructura de funcionamiento y gestión de los servicios de atención a la salud en Chile, presenta un alto grado de complejidad, dada la variedad de actores que intervienen en su ejecución; es necesario tener en cuenta que los procesos de privatización y reorganización de los sistemas de atención -en este caso la municipalización de los servicios de salud como mecanismo de descentralización- impusieron costos en los planos económico, social, administrativo y cultural. De esta manera, las soluciones no se enmarcan dentro de criterios de racionalidad y rentabilidad en los distintos niveles de atención, como tampoco son las mismas para los distintos grupos usuarios.

En el caso que nos ocupa, se trata de identificar los principales problemas y de plantear posibilidades de solución para una unidad de atención primaria de salud (el consultorio de Tucapel), en la comuna de Concepción, el cual se caracteriza por ofrecer servicio a grupos de población en situación de pobreza e indigencia. Dicho consultorio forma parte del sistema municipalizado de servicios de salud de la Octava Región. El consultorio Tucapel pertenece a la comuna de Concepción. En ese panorama, es conveniente fijar la especificidad de funcionamiento de los establecimientos de nivel comunal.

En primer lugar, por tratarse de unidades de atención primaria, los consultorios de las comunas reciben una serie de normatividades programáticas, las cuales están determinadas por el propio Ministerio de Salud, a través de la citada SEREMI y, principalmente, por el Departamento de Atención Primaria de Salud (DAP). En este nivel se diseñan y evalúan los programas de atención primaria y se establecen las normas técnicas con las que deben operar los consultorios.

Es importante señalar los criterios con los que SEREMI y DAP fijan las modalidades de ejecución técnica y operativa de los programas y de asignación de recursos a los establecimientos. De acuerdo con el "Informe de Gestión de la Dirección de Administración de Salud 1993-1994" (DAS), la distribución porcentual de los ingresos de los establecimientos de atención es la siguiente: un 63.6% es aportado por SEREMI y DAS, a través de un sistema de facturación basado en el número de atenciones realizadas y/o

entregadas por cada establecimiento, un 30.8% proviene de aportes hechos por el municipio correspondiente y un 5.7% de otras fuentes.

El sistema de facturación, mejor conocido como FAPEM, es el techo financiero máximo al que puede aspirar cada unidad o establecimiento, dado que supone un volumen de población asignada, de acuerdo con el área o demarcación de influencia. Con este sistema se observó un fenómeno: todas las unidades presentaban facturaciones que superaban el techo establecido. Aspectos como la calidad, eficiencia y eficacia del servicio se encontraron subsumidos y, en muchos casos, rezagados. Primaba el interés por contar con un mayor presupuesto de operación para cada unidad. Sin embargo, a partir de julio de 1994 se han propuesto modificaciones en la asignación a partir de un sistema per cápita, que supone transferencias y asignaciones de acuerdo con un listado de personas inscritas voluntariamente en cada unidad.

La intención de este cambio es promover la mayor eficiencia de las unidades médicas, elevar su calidad y productividad y favorecer las acciones de descentralización a nivel comunal. Hasta este momento, el conjunto de modificaciones no han sido efectivamente puestas en práctica, por lo que los establecimientos siguen recibiendo las asignaciones de acuerdo con el sistema original.

En cuanto al diseño de programas de atención y al establecimiento de normatividades, se debe destacar la competencia exclusiva del Ministerio de Salud a través del DAP. Aun cuando se reconocen algunas flexibilidades a nivel de los establecimientos en función de sus necesidades, prevalecen criterios extremadamente rígidos en el cumplimiento de metas. En ocasiones esto ha llevado a las unidades a repetir de un año a otro las mismas metas y objetivos, como condición obligada para no sufrir disminuciones en la asignación de recursos para los programas prioritarios.

En ese sentido, es recomendable la revisión (y, en su caso, modificación) de los criterios de evaluación de metas de los distintos programas en concordancia con la realidad particular de cada unidad, dado que muchas veces ellos son ajenos a las condiciones específicas de los demandantes del servicio.



Otro actor importante es la Secretaría Regional de Planificación (SERPLAC), que concentra las funciones de planificación y administración de los principales proyectos de desarrollo. En el área de salud, SERPLAC es la instancia encargada de administrar los recursos necesarios para la construcción, mejoramiento, ampliación y equipamiento de las unidades médicas, fondos que son canalizados a través del Fondo Nacional de Desarrollo Regional (FNDR).

Un elemento clave que debe tenerse en cuenta es que el FNDR representa un esfuerzo financiado con recursos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), hecho que por su naturaleza conlleva una serie de condicionamientos y compromisos para su ejecución.

En efecto, el acceso a los créditos del organismo internacional implica el seguimiento de metodologías, requerimientos y acciones que son previamente fijados por él: población que debe ser beneficiada, número y costo de las acciones que se desarrollarán, etc. Esto, evidentemente, limita la capacidad de gestión, la presupuestación y la priorización de actividades por parte de la SERPLAC reduciendo sus funciones a la fiscalización en la asignación de recursos y a la evaluación administrativa de las metas de cobertura que fija el ministerio.

Como se aprecia, existen rigideces y contradicciones en la instrumentación, ejecución y evaluación de los programas de atención primaria de la región que, en buena medida, se explican por la transición que actualmente experimenta el sistema de atención en su conjunto.

Conviene agregar que dicha situación contribuye, además, a crear un clima de incertidumbre entre los miembros del equipo de salud, para quienes aún es incierto el rumbo que seguirán las reformas y modificaciones al modelo de atención vigente; este es un elemento que también debe considerarse, puesto que ninguna propuesta de evaluación y mejoría de la calidad de la atención a la salud puede dejar ausentes las condiciones de trabajo imperantes en el sector, las expectativas de desarrollo de los propios trabajadores, ni tampoco los impactos en el aumento de la calidad de vida de la población.

A manera de conclusión se deben apuntar dos hechos importantes. En primer lugar, es ostensible la complejidad que enmarca a las funciones de prestación de los servicios en el primer nivel de atención, lo que constituye un elemento perturbador en la lógica de los sistemas de salud modernos.

Si bien en cifras se observa un alto grado de capacidad resolutive en la mayoría de los establecimientos, el excesivo control de parte del ministerio, los dos tipos de evaluación (técnica y financiera) a los que se somete a las unidades y la ausencia de una efectiva autonomía ministerial y regional en la gestión y priorización de acciones en salud, son elementos determinantes de un sistema de atención y transferencias poco eficiente, acumulado de rezagos y poco equitativo.

En segundo lugar, existen importantes diferencias entre las unidades de la misma región y comuna, de tal suerte que su capacidad de atención y resolución se refleja tanto en la participación de recursos para su funcionamiento como en el grado de satisfacción que tienen para la población.

A manera de ejemplo, el consultorio de Tucapel no es considerado actualmente como un objetivo prioritario para la proyección y presupuestación de la comuna de Concepción. En efecto, de acuerdo con el citado Informe de Gestión de la DAS, Tucapel aparece únicamente con acciones de ampliación menores, tales como la construcción de una sala multiusos y el mejoramiento de la techumbre y de la bodega de leche, así como un proyecto de promoción de autocuidado de la salud, acciones que, en conjunto, sólo superan los 17 millones de pesos aportados por el municipio, mientras que el consultorio de Costanera aparece con acciones de reposición por más de 180 millones proporcionados por el FNDR, y el de Chiguayante con costos de normalización que suman más de 268 millones, aportados por este mismo organismo.

### III. GESTION ADMINISTRATIVA Y TECNICA DEL CONSULTORIO DE TUCAPEL

El Consultorio de Tucapel es una unidad de tipo ambulatorio que forma parte de la red de servicios de atención primaria de salud. En él se brinda atención de primer nivel y se realizan acciones de fomento, prevención, promoción y consulta. Los exámenes de laboratorio, rayos X y consultas de especialidad son tramitadas por el SOME al nivel secundario de atención.

El nivel de gestión de la unidad es considerado de rango intermedio y realizado a través de la Dirección. Depende, administrativa y financieramente, de la DAS (Dirección de Salud) en el nivel municipal, y en el aspecto técnico es dependiente de la SEREMI (Secretaría Regional de Salud) y del DAP (Dirección de Atención Primaria). En la administración de la unidad se observa una dicotomía entre el aspecto administrativo y el técnico, creándose dificultades en la gestión de recursos y en asuntos administrativos de todo tipo.

Los aspectos de orden **administrativo directo** -permisos, vacaciones, horarios, feriados legales, licencias, solicitud de contratación de personal, asistencia a cursos- son canalizados por la Dirección de la unidad hacia la Dirección de salud municipal, lo que en ocasiones dificulta y entorpece la gestión administrativa.

El aspecto de la **dotación de recursos y materiales**, así como también el de financiamiento, son resueltos tanto a nivel municipal como a través de la secretaría regional de salud. La ejecución de proyectos específicos es tramitada por la unidad hacia la Dirección municipal de salud y presentada a la SERPLAC para su financiamiento y dirección.

Un aspecto importante de la administración es el que se refiere a la coordinación del nivel directivo con instancias superiores e instancias intraconsultorio. Se califica de buena la coordinación interna y de dificultosa la establecida con otros sectores. Existe un Comité Técnico Asesor de la Dirección, integrado por representantes del nivel profesional, quienes evalúan conjuntamente diversos aspectos de tipo administrativo y técnico.

La gestión de la dirección del consultorio es apoyada por los profesionales responsables de la ejecución de los programas de salud y por la Supervisoría de Enfermería.

### III.1. Recursos humanos

El consultorio cuenta con los siguientes recursos humanos:

Cuadro 7  
**PERSONAL POR TIPO QUE LABORA EN EL CONSULTORIO  
MEDICO TUCAPEL, 1992.**

TIPO DE PERSONAL	Nº de personas	Total hr/día	Total hr/mes
<b>MEDICOS*</b>	<b>30</b>	<b>173</b>	<b>3460</b>
Infantil	8	48	960
Materno	7	47	940
Adulto	7	40	800
Salud bucal	8	38	760
<b>AUXILIARES ENFERMERIA</b>	<b>12</b>	<b>96</b>	<b>1920</b>
Infantil	4	32	640
Materno	2	16	320
Adulto	2	16	320
Salud bucal	4	32	640
<b>PARAMEDICOS</b>	<b>17</b>	<b>132</b>	<b>2640</b>
Aux. de farmacia	2	16	320
Entrega de leche	2	16	320
Preparación de adulto	3	24	480
Auxiliar de terreno	3	24	480
Aux. de servicio	3	24	480
Curación y tratamiento	2	16	320
Esterilización	2	12	240
<b>OTRO PERSONAL</b>	<b>14</b>	<b>104</b>	<b>2080</b>
Director médico	1	8	160
Personal administración	7	56	1120
Nutricionistas	2	16	320
Asistentes sociales	4	24	480
<b>TOTAL PERSONAL</b>	<b>73</b>	<b>505</b>	<b>10100</b>

\* Incluye enfermeras y matronas en este programa.

Fuente: Elaboración basada en información de los Registros de Personal del Consultorio.

### **III.2. Recursos materiales, insumos y medicamentos**

La dotación de recursos materiales y medicamentos es realizada por el nivel municipal. La Dirección califica este aspecto como cumplido en forma aceptable; por su parte, la supervisoría de Enfermería indica que la dotación de farmacia tiene dificultades con sus existencias, que varían de acuerdo con la demanda del servicio. Su reposición se ve afectada por el trámite burocrático a que está sujeta.

El stock de medicamentos es completo, y está compuesto por medicamentos apropiados para este nivel de atención primaria.

### **III.3. Clima organizacional**

Se percibe claramente que el personal no está conforme con la repercusión que tuvo el proceso de municipalización de los servicios de salud en los recursos humanos. Aspectos como la pérdida de derechos adquiridos y de garantías con las que contaban cuando pertenecían al Ministerio de Salud (por ejemplo, buenas remuneraciones, oportunidades de capacitación, mejoramiento del status profesional, ascensos, valoración profesional) son limitados (y hasta ausentes) actualmente. Por ello, se detecta una rotación alta del recurso humano, ya que el mayor incentivo está en mejores remuneraciones y existen otros sectores que sí las ofrecen.

Se autocalifican como "los parientes pobres del sistema de salud " y desean volver a pertenecer al nivel ministerial anterior. Se nota la falta de incentivos que contribuyen a mejorar el desempeño profesional. Además, en algunos casos la motivación estaría ausente y, si existe, sería de carácter individual.

### **III.4. Programa de atención materna y perinatal**

#### **- Objetivo**

El programa tiene como objetivo el control del embarazo por grupos etarios: embarazo precoz, intermedio y tardío.

#### **- Funcionamiento**

La consulta ginecológica y de morbilidad obstétrica es atendida por el médico, y por la matrona cuando se trata de consultas posteriores. Las visitas domiciliarias en la primera

ocasión son realizadas por la matrona, quien además hace entrega de estrógenos y efectúa los controles subsecuentes.

**- Acciones de salud**

Se realiza captación precoz de embarazadas, las que son ingresadas en el programa de control prenatal y derivadas al subprograma de alimentación complementaria para madres embarazadas y lactantes (PNAC).

Los embarazos de alto riesgo son referidos al hospital, pero siguen asistiendo a la unidad como parte del programa alimentario. Se realiza educación y psicoprofilaxis del parto, especialmente en el caso de embarazos de adolescentes.

El control del puerperio y del recién nacido se realiza sin turno, y se trata de captar al recién nacido durante los 7 o 10 días siguientes a su nacimiento. La atención a la puérpera y al recién nacido hasta los 28 días es realizada por la matrona y los próximos controles están a cargo del médico.

El control de cáncer cervicouterino se hace a través de la consulta periódica y con la toma de muestras de paptest.

### **III.5. Subprograma de planificación familiar**

El control de Paternidad Responsable se implementa a través de educación y entrega de métodos de planificación familiar (donados por APROFA).

El personal identifica como problema la incidencia de embarazo precoz, y las adolescentes en esta situación son consideradas como un grupo de riesgo social y epidemiológico hacia el cual se orientan y enfatizan las acciones del programa.

### **III.6. El subprograma de lactancia materna.**

Tiene poco impacto, pese a la educación y a la cantidad de recursos asignados. Se considera como lactancia exitosa cuando la madre da pecho hasta los seis meses de edad al recién nacido, y ese es el parámetro de evaluación establecido.

El personal médico atribuye esta falla a la influencia que tiene la alimentación suplementaria introducida por los medios de comunicación, que tienen gran impacto en la población.

En cuanto al **trabajo comunitario**, cabe destacar que existe trabajo establecido con centros de madres, que agrupan a mujeres (especialmente en edad de climaterio) básicamente en aspectos de educación, fomento, prevención y capacitación de las madres para que se constituyan en monitores de salud.

**- Recursos humanos**

Los recursos humanos asignados a este programa son: 2 médicos, 4 matronas y 2 auxiliares de enfermería, que reciben apoyo de la nutricionista y la asistente social (en casos específicos del ámbito de competencia de las profesionales mencionadas).

**III.7. Programa de alimentación complementaria**

**- Objetivo**

Tiene como objetivo la entrega de complemento alimentario a grupo de riesgo (como el binomio madre niño) durante el embarazo y el período de lactancia.

**- Funcionamiento**

El programa es llevado a cabo por la nutricionista y el personal paramédico, en coordinación con el personal médico y de enfermería. Este es un programa que cruza a los demás por la importancia que el aspecto nutricional tiene en todas las fases de la vida humana.

**- Acciones**

Se realiza a través de la entrega racionada mensual de leche y arroz a madres y niños en riesgo de desnutrición y desnutridos. Además, figuran las actividades de educación nutricional para madres usuarias del programa y público asistente a la unidad.

**- Recursos humanos**

Los recursos asignados al programa son: dos nutricionistas y dos auxiliares paramédico.

### **III.8. Programa de salud del adulto y senescente**

#### **- Objetivo**

Tiene como objetivo primordial la atención a los adultos jóvenes, mayores y senescentes.

#### **- Acciones de salud**

Se realizan acciones de captación precoz de pacientes con patologías crónicas, pesquisando la mayor parte de usuarios portadores, sintomáticos y asintomáticos de enfermedades de tipo degenerativo y crónico. Otras acciones se refieren a la educación y concientización de la importancia del control médico periódico y, en el caso de los pacientes crónicos, del control subsecuente y los respectivos exámenes.

Entre las **patologías de tipo crónico** más frecuentes están: diabetes, hipertensión, alcoholismo, tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, SIDA, fiebre reumática y epilepsia, entre otras, además de la atención a pacientes crónicos.

La **morbimortalidad observada** en este programa se halla relacionada con patologías de tipo respiratorio, digestivo, y un rubro preocupante de patologías relacionadas con depresión y angustia que desencadenan problemas de tipo mental. Estos pacientes son referidos a tratamiento por especialistas.

### **III.9. El programa del adulto mayor**

#### **- Objetivo**

Educar al adulto mayor para su autocuidado e integrarlo como un actor útil dentro de la sociedad.

El programa del senescente es un subprograma del programa del adulto. Cabe destacar que el consultorio Tucapel ha sido piloto en su implementación.

#### **- Funcionamiento**

Funciona mediante la atención médica al grupo de senescentes. Adosado a él se encuentran los clubes de hipertensos, de diabéticos y los grupos de terapia ocupacional, en los que existe amplia participación del equipo de salud.



#### - **Actividades**

Se realizan actividades de educación orientadas a reforzar el autocuidado y control médico periódico. En pacientes postrados se hacen visitas domiciliarias para control de su estado general y realización de exámenes; además, se llevan a cabo actividades relacionadas con un proyecto de formación de monitores de salud, dirigido a personas de este grupo de edad.

#### - **Recursos humanos**

Los recursos humanos asignados a este programa son: dos médicos, dos enfermeras, un asistente social (media jornada) y tres auxiliares paramédicos.

### **III.10. Programa infantil**

#### - **Objetivo**

Este programa reviste de especial importancia por el grupo al que va dirigido. Su objetivo primordial es el control del niño sano y la prevención de la desnutrición infantil. Actualmente se realiza el control de niños en riesgo de obesidad.

#### - **Acciones**

Las acciones que se realizan, en orden de importancia, son:

- **Subprograma de control de infecciones respiratorias agudas**, en el que se realiza la evaluación médica y la posterior fisioterapia respiratoria por kinesiólogo, abreviándose así la hospitalización y referencia del niño al nivel secundario.
- **Control médico del niño sano**: mensual durante el primer año de vida, evaluación de desarrollo psicomotor en los 3 meses, 8 meses, 15 meses y 3 años, en forma reglamentada.
- **Atención al niño enfermo**: por demanda materna espontánea.

La **morbimortalidad observada** en este grupo es aquella asociada con problemas de tipo respiratorio (como las neumonías) que han disminuido en un 30% por la implantación y ejecución adecuada del programa de control de infecciones respiratorias agudas. En orden de importancia siguen las enfermedades gastroentéricas, la desnutrición, problemas de la piel, alergias y diarreas.

**- Recursos humanos**

Este programa tiene asignados los siguientes recursos humanos: dos médicos (uno de jornada de 6 horas y otro de 4 horas diarias), dos enfermeras (una de jornada de 4 horas y otra de 8 horas diarias), una nutricionista (4 horas diarias), un kinesiólogo (6 horas diarias de trabajo) y un asistente social que apoya el trabajo del equipo en casos especiales.

**III.11. Programa de inmunizaciones**

Es otro programa de importancia, toda vez que forma parte del aspecto preventivo que, como sabemos, es la base de la atención primaria de salud.

**- Objetivo**

Inmunizar a los niños de preescolares, escolares y adultos en riesgo.

**- Acciones**

Las vacunas que se aplican son la BCG, triple y polio, tetraválrica, toxoide diftérico y tetánico, antinfluenza, antitífica (aplicada a manipuladores de alimentos) y antirrábica (personas mordidas por ratas, ratones, murciélagos y otros animales domésticos).

**- Recursos humanos**

Tiene como recurso asignado a una enfermera que, en casos de necesidad, recibe apoyo de otra profesional.

**III.12. Programa de control odontológico**

**- Objetivo**

Este programa tiene como objetivo el control odontológico a todos los grupos de edad.

**- Funcionamiento**

Acciones orientadas a la prevención de caries en el grupo preescolar y escolar, por lo cual algunos gabinetes y un equipo dental se encuentran instalados en un colegio del área de cobertura del consultorio.

**- Acciones de salud bucal**

Actividades de obturaciones y extracciones a todos los grupos de edad.

Actividades de parodoncia a grupo de 15 años y más.

**- Recursos**

A este programa se asignan 8 odontólogos y 4 auxiliares de enfermería. Se ocupan 744 horas para actividades de atención directa y las restantes para educación, capacitación y administración.

#### **IV. EVALUACION DE LA GESTION Y DESARROLLO DE LOS PROGRAMAS**

Como aspectos relevantes del proceso de municipalización anotamos el fortalecimiento del poder local en cuanto a gestión, administración directa de los recursos del consultorio y su asignación a los programas establecidos.

Otro aspecto importante es el originado por la coordinación intersectorial. Como ejemplo anotamos el COMSE, que es un Comité integrado de los sectores salud y educación que desarrolla actividades de capacitación y educación a la comunidad.

Cabe destacar también que se han establecido canales de trabajo organizado con la comunidad, como es el desplegado con los clubes de madres y ancianos.

##### **IV.1. Problemas identificados**

Entre los problemas detectados destacan los siguientes:

Los programas son diseñados en el nivel central y los rangos de atención y cobertura son también establecidos en este nivel, con el consiguiente desconocimiento de la realidad de cada consultorio. El personal del mismo debe cumplir lo solicitado como tarea mínima introduciéndose únicamente pequeñas modificaciones en aspectos tales como educación, detección de grupos de riesgo, formación de clubes, etc.

**La oferta** del servicio en cuanto a **atención de morbimortalidad** es menor que la demanda de la población asignada al consultorio. Por su importancia, programas como el Infantil requieren de mayor número de horas médico y enfermera, para desarrollar en forma eficiente la fase de control del niño sano, que se ve disminuida por la alta demanda de control del niño enfermo, al cual se da prioridad.

**La calidad de la atención** se ve menoscabada porque la demanda supera a la oferta y se trata de atender un número cada vez mayor de pacientes y no los establecidos como norma para cada programa.

**La dotación de insumos y farmacia se ve afectada por los trámites burocráticos que implica su reposición a través de la Dirección de Salud Municipal.**

**La infraestructura de la unidad no está acorde a la demanda de atención por parte de la población. Las salas de espera, la limpieza, la presentación de los espacios, el número de "boxes" de atención y de servicios higiénicos son inadecuados. La unidad carece de una sala múltiple para funcionamiento de talleres y clubes.**

**Se introducen nuevos programas en forma vertical desde el Ministerio sin aumentar la cantidad de recursos y sin capacitación previa, lo que dificulta su ejecución. Se realizan evaluaciones periódicas para monitoreo del desarrollo de estos programas, se enfatizan áreas consideradas problemáticas y se reorientan los recursos y acciones, cuidando el cumplimiento del requerimiento por parte del nivel central, que en muchas ocasiones no corresponde a la realidad local (por haberse ya cubierto la población objetivo de cada programa).**

**En cuanto a la capacidad de resolución del consultorio podemos decir que tiene una buena capacidad resolutive para el nivel en el que se encuentra y para el número de recursos con que cuenta. El aspecto de referencia y contrarreferencia está siendo mejor coordinado, con lo que ha disminuido el tiempo de espera del paciente para acceder a consulta de especialidad, aspecto que según la demanda, es bastante variable y que para efectos informativos se detallan en el cuadro 8.**

#### IV.2. Consultas de especialidad (referencia al segundo y tercer nivel)

La demora para acceder a consultas de especialidades se detallan en el cuadro 8.

##### - Exámenes

La realización de exámenes constituye, en oportunidades, un cuello de botella para la resolución del consultorio, ya que depende de la demanda existente y de la tenencia o no del reactivo necesario.

**Cuadro 8**  
**DEMORA DE LA ATENCION EN CONSULTAS.**  
**CONSULTORIO DE TUCAPEL, 1994**

ESPECIALIDAD	Días
Cirugía general	24
Neumología	26
Fisiatría	17
Ginecología	31
Reumatología	29
Dermatología	21
Gastroenterología	29
Cirugía vascular	20
Cirugía plástica	21
Otorrinolaringología	19
Urología	25
Cirugía máxilo facial	17
Endocrinología	29
Nefrología	12
Cardiología	56
Psiquiatría	16
Proctología	60
Cirugía de mama	21
Neurocirugía	26
Cirugía infantil	75
Ortopedia	70
Hematología	16
Ginecología, fertilización	30
Ginecología de mama	21
Broncopulmonar y TBC	2

Fuente: Depto. Estadística, Consultorio de Tucapel.

El tiempo de demora es variable. Así, para que se efectúe un electrocardiograma deberán transcurrir 8 días, para una endoscopía, 3 días. Sobre la demora en rayos X no se dispone de datos, pues el paciente lo solicita directamente al nivel secundario llevando la orden del consultorio.

En el caso de exámenes de laboratorio, la tardanza depende del sitio en que deban realizarse: en el Laboratorio Municipal toman 1.3 días, en el Laboratorio del Hospital Regional 2.1 días y en el Laboratorio de TBC 4.5 días.

**- Análisis de resultados**

La población total de los distritos del área de influencia del consultorio de Tucapel, según resultados del censo de 1992, es de 59 974, de los cuales alrededor de 40 000 habitantes son realmente asignados a dicho consultorio. En los cuadros 9 y 10 se muestra la distribución de la población asignada por programa y por distrito, a este establecimiento de salud, repartidos en 11 689 en el programa infantil, 15 076 en el programa materno, 28 462 en el de adulto, y 40 151 en el de salud bucal.

Cuadro 9

**POBLACION TOTAL POR PROGRAMAS Y DISTRITOS DEL AREA DE  
INFLUENCIA DEL CONSULTORIO MEDICO TUCAPEL, 1992**

DISTRITOS	PROGRAMAS				Salud Bucal
	Poblac. total	Infantil	Materno	Adulto	
Pajonal Manuel	11456	3137	4506	8319	11456
Rodríguez Estación	4194	1098	1651	3096	4194
Tucapel	4570	1217	1789	3353	4570
Lo Méndez	18758	5257	7191	13501	18758
La Toma	20996	6755	7380	14241	20996
<b>TOTAL</b>	<b>59974</b>	<b>17464</b>	<b>22517</b>	<b>42510</b>	<b>59974</b>

Fuente: Estimaciones realizadas en base a la información censal y a las coberturas de atención asignadas por programas.

Cuadro 10

**POBLACION ASIGNADA POR PROGRAMAS Y DISTRITOS CENSALES DEL AREA  
DE INFLUENCIA DEL CONSULTORIO MEDICO TUCAPEL, 1992**

DISTRITOS	Población asign.	% de poblac. asign.	PROGRAMAS			
			Infantil	Materno	Adulto	Salud bucal
Pajonal Manuel	5728	50	1569	2253	4160	5728
Rodríguez Estación	1468	35	384	578	1084	1468
Tucapel	1600	35	426	626	1174	1600
Lo Méndez	18758	100	5257	7191	13501	18758
La toma	12598	60	4053	4428	8545	12598
<b>TOTAL</b>	<b>40151</b>	<b>...</b>	<b>1689</b>	<b>15076</b>	<b>28462</b>	<b>40151</b>

Fuente: Estimaciones realizadas en base a la información censal y a las coberturas de atención asignadas por programas.



Revisando la información disponible en el consultorio de Tucapel, se aprecian carencias asociadas a la falta de recursos, infraestructura física y personal. Así, por ejemplo, al hacer un balance de los programas de atención, únicamente el programa infantil tiene niveles aceptables de cobertura (más de 2 atenciones por persona en promedio), mientras que el resto no alcanza a cubrir una prestación individual (Véase el cuadro 11).

**Cuadro 11**  
**COBERTURA DE ATENCIONES, SEGÚN PROGRAMAS**  
**DE SALUD, CONSULTORIO MEDICO**  
**TUCAPEL, 1992**

Programa	Población asignada	Atenciones entregadas <sup>2/</sup>	Atención personal
Infantil <sup>1/</sup>	11689	27844	2.4
Materno <sup>2/</sup>	15076	12264	0.8
Adulto <sup>3/</sup>	28462	16207	0.6
Salud Bucal <sup>4/</sup>	40151	10928	0.3

**Fuente:** Manual de Preparación y Priorización de Proyectos de Inversión del Sector Salud. Ministerio de Salud, Chile, 1983.

<sup>2/</sup> Atenciones de control y morbilidad.

<sup>1/</sup> Población menor de 15 años.

<sup>2/</sup> Mujeres de 15 y más años.

<sup>3/</sup> Población 15 y más años.

<sup>4/</sup> Población general.

De igual forma, la estimación de la demanda y cobertura de atención, es ostensiblemente insuficiente: los programas materno y de adulto no llegan a cubrir el 40% de la demanda, y el infantil tiene apenas un 55.7% de cobertura (Véase el cuadro 12).

**Cuadro 12**  
**ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA Y COBERTURA DE ATENCIONES, SEGÚN**  
**PROGRAMAS DE SALUD. CONSULTORIO MEDICO TUCAPEL, 1992.**

Programa	Pobl. asig-nada	TC+TM <sup>1/</sup> (%)	Aten-ciones esper.	Aten-ciones realiz.	Cober-tura (%)
Infantil <sup>1/</sup>	11689	4.28	50029	27844	55.7
Materno <sup>2/</sup>	15076	2.54	38293	12264	32.0
Adulto <sup>3/</sup>	28462	1.50	42693	16207	38.0

**Fuente:** Manual de Preparación y Priorización de Proyectos de Inversión del Sector Salud. Ministerio de Salud, Chile, 1983.

<sup>1/</sup> Atenciones de control y morbilidad.

<sup>1/</sup> Población menor de 15 años.

<sup>2/</sup> Mujeres de 15 y más años.

<sup>3/</sup> Población 15 y más años.

En cuanto al número de boxes de atención del consultorio, a pesar de su utilización intensiva, existe un déficit de 10 unidades para cubrir la demanda de los distintos programas; solamente para el programa de salud bucal se requieren 4 boxes adicionales.

El análisis de los recursos humanos muestra datos singulares, dado que aparentemente existe un superávit de horas contratadas, excepto en el caso del programa de salud bucal. En la medida en que ello refleja una mayor oferta de servicios, se podría pensar que el factor de ponderación de las horas requeridas por tipo de personal debería ser revisado, o bien que efectivamente este resultado se asocia a una falta de racionalización de recursos por programa (Véase los cuadros 13, 14.1, y 14.2). Esta observación se fundamenta en los resultados mostrados en el cuadro 15.

Cuadro 13  
**REQUERIMIENTOS DE RECINTOS VARIABLES O BOXES DE ATENCIÓN  
CONSULTORIO MEDICO TUCAPEL, 1992.**

Programa	Número atención. esperad.	Atencion. esperables x hora <sup>2/</sup>	Rendi- miento box/hr.	Requeri- miento boxes	N°box. no ex- clusivos existent.	Déficits boxes
Infantil	50029	29.8	5	6	5	-1
Materno	38293	22.8	4	6	3	-3
Adulto	42693	25.4	5	5	3	-2

Fuente: Manual de Preparación y Priorización de Proyectos de Inversión del Sector Salud. Ministerio de Salud, Chile, 1983.

<sup>2/</sup> 240 días año y 7 horas días = 1 680 horas.

Cuadro 14  
**REQUERIMIENTOS DE RECINTOS VARIABLES O BOXES DE ATENCIÓN.  
CONSULTORIO MEDICO TUCAPEL, 1992.**

Población asignada	Relación boxes dental/habs.	Requerim. boxes	Boxes exclusivos	Déficit boxes
40 151	1/6000	7	3	-4

Fuente: Manual de Preparación y Priorización de Proyectos de Inversión del Sector Salud. Ministerio de Salud, Chile, 1983.

Cuadro 14-1  
**REQUERIMIENTO DE PERSONAL VARIABLE MEDICOS Y ODONTOLOGOS,  
 SEGUN PROGRAMA, CONSULTORIO MEDICO TUCAPEL, 1992.**

Programa	Factor	Población asignada	Total hrs.\*/ requeridas	Horas contratadas	Déficit horas
<b>MEDICOS:</b>					
Infantil <sup>1/</sup>	0.0400	11 689	468	960	492
Materno <sup>2/</sup>	0.0208	15 076	314	940	626
Adulto <sup>3/</sup>	0.0166	28 462	472	800	328
Salud bucal <sup>4/</sup>	0.0233	40 151	936	760	-176

**Fuente:** Manual de Preparación y Priorización de Proyectos de Inversión del Sector Salud. Ministerio de Salud, Chile, 1983.

Cuadro 14-2  
**REQUERIMIENTO DE AUXILIARES DE ENFERMERIA Y PARAMEDICOS,  
 SEGUN PROGRAMA, CONSULTORIO MEDICO TUCAPEL, 1992.**

Programa	Factor	Población asignada	Total contratos requeridos	Horas contratos exis.	Déficit contratos
<b>AUX. ENFERMERIA:</b>					
Infantil <sup>1/</sup>	0.00007	11 689	1	4	3
Salud bucal <sup>4/</sup>	0.00020	40 151	8	4	-4
<b>PARAMEDICOS</b>	<b>0.000192</b>	<b>40 151</b>	<b>8</b>	<b>17</b>	<b>9</b>

**Fuente:** Manual de Preparación y Priorización de Proyectos de Inversión del Sector Salud. Ministerio de Salud, Chile, 1983.

<sup>\*/</sup> Médico: Número de horas médicas requeridas.  
 Enfermeras y auxiliares: Total de contratos de jornadas completas.

<sup>1/</sup> Población menor de 15 años.

<sup>2/</sup> Mujeres de 15 y más años.

<sup>3/</sup> Población 15 y más años.

<sup>4/</sup> Población general.

Los indicadores de recursos humanos muestran valores muy inferiores a los estándares internacionales y a la realidad de la región y del país, según se observa en el cuadro 15, hecho que refleja la necesidad de incrementar los profesionales de salud a nivel del área de influencia del consultorio.

**Cuadro 15**  
**RECURSOS HUMANOS Y TASAS POR MIL HABITANTES.**  
**CONSULTORIO MEDICO TUCAPEL, 1992.**

TIPO DE PERSONAL	Número	Tasa por 1 000 Hbs.
Médicos	10	0.25
Enfermeras	7	0.17
Matronas	4	0.10
Odontólogos	8	0.20
Aux. enfermería	12	0.30
Paramédicos	17	0.42

Fuente: Depto. de estadística, Consultorio Tucapel.

#### **IV.3. Productividad del servicio.**

En la tabla 1 del anexo B se aprecia que se ofrecen más de 60 mil consultas por año, lográndose coberturas de 89% anuales. En el caso del programa infantil, a pesar de contar con el mayor número de consultas entregadas (en promedio 27 000 consultas anuales), se observa un descenso importante en el año 1991.

En el caso del programa del adulto, las consultas entregadas son del orden de 16 000 por año. Cabe señalar que sólo en el primer semestre se han entregado 10 351 consultas. Esto se debe probablemente a que el consultorio es una unidad piloto en la implementación del subprograma del adulto mayor o senescente.

Los datos del programa de atención materno-perinatal muestran que el mayor número de atenciones corresponde al control prenatal, con 12 000 consultas anuales en promedio (alrededor de 1 000 mujeres embarazadas a razón de 12 controles durante el período de gestación).

Las atenciones del subprograma de paternidad responsable por razones de insuficiente motivación a la población (además de ser otras las estrategias respecto a las acciones en salud reproductiva) tienen muy bajo impacto, hecho reflejado en la tabla 2 del Anexo B, donde se aprecia que apenas en 1992 se logró una cobertura del 11% de usuarias de DIU en la población femenina en edad fértil.

Llaman la atención las bajas coberturas en el programa de complementación alimentaria durante 1992 y 1993; posiblemente esa deficiencia se deba a limitaciones del sistema de información, ya que uno de los componentes esenciales del Consultorio lo constituye este programa.

La información relativa a programas específicos (tales como el de atención a pacientes crónicos) aparece en la tabla 3 del Anexo B, donde se aprecia que el subprograma de hipertensos es el que concentra el mayor número de atenciones.

## V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

1. Dado el nivel de pobreza que existe en la Región del Biobío, las unidades de servicio de salud de la comuna de Concepción son, en su mayoría, de atención primaria. Al contrario de lo que pudiera pensarse, los niveles de salud de la población no presentan grandes deterioros.

Las principales patologías se encuentran asociadas a problemas de tipo respiratorio (en especial en menores de cinco años) y a enfermedades de las vías digestivas, como resultado de altos índices de contaminación y carencia de servicios de atención y saneamiento básico. Además, según informantes muy calificados, se reconocen adicciones a drogas y alcohol en la población masculina mayor de 15 años, así como problemas de estrés, estados depresivos y de angustia, básicamente en la población femenina. Destacan también las enfermedades de tipo crónico en el adulto, problemas relacionados con la hipertensión y una significativa incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

2. Si bien las estructuras de gestión están definidas de acuerdo a su competencia y jerarquía (SEREMI, SERPLAC, DAP y DAS), la dicotomía existente entre la jerarquía técnica y administrativa dificulta el proceso de gestión inter e intraniveles, con repercusiones importantes en el funcionamiento de la red de servicios.

Además, se percibe que el nivel local no ha interiorizado las características del nuevo modelo de atención municipalizada. Al respecto, prevalece la toma de decisiones de tipo vertical.

Se percibe cierto grado de insatisfacción laboral en los miembros del equipo de salud, por la pérdida de conquistas y derechos relacionados con remuneraciones, vacaciones y desarrollo profesional, entre otros.

3. 

Un aspecto importante de la administración está dado por la coordinación del nivel directivo a nivel regional y central, así como con las instancias intraconsultorio. Se califica de buena la coordinación interna y de dificultosa la establecida con otros sectores.

Los programas, en su mayoría, son diseñado en el nivel central y los rangos de atención y cobertura son establecidos en ese mismo nivel, desconociendo la realidad de cada uno de los consultorios.

Se introducen, en forma vertical, nuevos programas desde el Ministerio, con la misma cantidad de recursos y sin capacitación previa, lo que dificulta su ejecución.
4. 

El análisis de los indicadores de resultados permite concluir que la oferta del servicio en cuanto a la atención de morbimortalidad es menor que la demanda de la población asignada al consultorio. Por su importancia, programas como el de atención infantil requieren de un mayor número de horas de profesionales (médicos y enfermeras) para desarrollar en forma eficiente el programa de control del niño sano, que se ve afectado por la alta demanda de control del niño enfermo, al que se otorga prioridad.
5. 

La calidad de la atención se ve menoscabada en cuanto la demanda supera a la oferta. Se trata de atender un número cada vez mayor de pacientes, y no los establecidos como norma para cada programa.
6. 

La dotación de insumos y farmacia se ve afectada por los trámites burocráticos implícitos en su reposición a través de la Dirección de Salud Municipal.
7. 

La infraestructura de la unidad no está acorde a la demanda de atención por parte de la población: las salas de espera, la limpieza y la presentación de los espacios son inadecuados; el número de boxes de atención y de servicios higiénicos es insuficiente.



8. En cuanto a la **capacidad de resolución del consultorio** podemos decir que es aceptable para el nivel en el que se encuentra y para el número de recursos con que cuenta. El aspecto de referencia y contrarreferencia está siendo mejor coordinado, lo que ha disminuido el tiempo de espera del paciente.
9. De igual forma, la estimación de la demanda y cobertura de atención es ostensiblemente insuficiente: los programas materno y de adulto no llegan a cubrir el 40% de la demanda, mientras que en el infantil alcanza apenas un 55.7% de cobertura.
10. En cuanto al número de boxes de atención del consultorio, a pesar de su utilización intensiva, existe un déficit de 10 unidades para cubrir la demanda de los distintos programas; solamente en el programa de salud bucal se requieren 4 boxes adicionales.
11. El análisis de los recursos humanos muestra datos singulares. Dado que aparentemente existe un superávit de horas contratadas, excepto en el caso del programa de salud bucal, es evidente la falta racionalización de recursos humanos por programa.  
Los indicadores de recursos humanos muestran tasas muy inferiores a los estándares internacionales y a la realidad de la región y del país, lo que hace necesario incrementar el número de los profesionales de salud, a nivel del área de influencia del consultorio.

A manera de propuesta de intervención, el **Grupo** considera que deben replantearse los términos de la relación entre los niveles de gestión superior y el propio consultorio, como el elemento fundamental que condiciona la capacidad, eficiencia y eficacia de la atención.

En la medida en que desde las instancias superiores se diseñan y programan las actividades de las unidades de servicio, se inhibe la creatividad e iniciativa local para dar respuesta a otro tipo de necesidades percibidas en la población.

Como se indica en el documento, el gasto social en salud para la región del Biobío ha ido disminuyendo, a pesar de las crecientes demandas insatisfechas de la población. En este sentido, siendo ésta una de las regiones que aporta un mayor porcentaje al producto interno bruto (PIB), es necesario que el Estado asigne recursos en forma más equitativa a la región para su inversión en gasto social y, en especial, en el sector salud.

ANEXO A

## Índice de pobreza

Este índice considera dos dimensiones para la medición de pobreza:

- carencias en vivienda y equipamiento, en base a los siguientes indicadores: hacinamiento, calidad de paredes, calidad de piso, calidad de techo, W.C., acceso a agua potable, alcantarillado y energía eléctrica;
- vulnerabilidad social, expresada por una tasa de dependencia económica superior a 3.

Este índice fue trabajado en Redatam+ 2.01 y el programa, con sus pasos específicos, se describe a continuación:

```
1 > selection "conce.sel"
2 > define vivienda npers 0
3 > define vivienda caren 0
4 > define vivienda hacin 0
5 > define vivienda act 0
6 > define vivienda dep 0
7 > define vivienda vul 0
8 > define vivienda vulne 0
9 > define vivienda nivel 0
10 > foreach vivienda
11 > quantify persona to npers
12 > if edad > 12 and (slaboral = 1 or slaboral = 2
    or slaboral = 3 or slaboral = 4 or
    slaboral = 5) then quantify perona to act
13 > if slaboral = 0 or slaboral > 5 then quantify
    persona to dep
14 > end
15 > compute caren = 0
16 > compute hacin = 0
17 > if totdor > 0 and totdor < 98 then compute
    hacin = npers / totdor
18 > if hacin > 3 then compute caren = caren + 1
19 > if pared > 4 and pared < 7 then compute
    caren = caren + 1
20 > if tipoviv > 2 and tipoviv < 7 then compute
    caren = caren + 1
21 > if techo > 5 and techo < 9 then compute
    caren = caren + 1
```

```

22> if piso > 6 and piso < 9 then compute
    caren = caren + 1
23> if agua > 2 and agua < 5 then compute
    caren = caren + 1
24> if caneria = 3 then compute caren = caren + 1
25> if wc > 2 and wc < 6 then compute
    caren = caren + 1
26> if alumbra = 4 then compute caren = caren + 1
27> if tothogar > 2 and tothogar < 30 then
    compute caren = caren + 1
28> recode caren to caren1 (0 = 1) else 2
29> valuelabel caren1 1 "No carenciado" 2
    "Carenciado"
30> compute vulne = 0
31> compute vul = dep/act
32> if vul > 3 then compute vulne = vulne + 1
33> if parentes = 1 and lee = 2 then compute
    vulne = vulne + 1
34> recode vulne to vulne1 (0 = 1) else 2
35> valuelabel vulne1 1 "No vulnerable" 2
    "Vulnerable"
36> recode edad to edad1 (0 = 1) (1-2 = 2) (3-
    5 = 3) (6-14 = 4) (15-44 = 5) (45 thru
    highest = 6)
37> valuelabel edad1 1 "< 1" 2 "1-2" 3 "3-5" 4
    "6-14" 5 "15-44" 6 "45 y +"
38> compute nivel = 0
39> if caren1 = 2 and vulne1 = 2 then compute
    nivel = 1
40> if caren1 = 1 and vulne1 = 2 then compute
    nivel = 1
41> if caren1 = 2 and vulne1 = 1 then compute
    nivel = 1
42> if caren1 = 1 and vulne1 = 1 then compute
    nivel = 2
43> valuelabel nivel 1 "pobres" 2 "no pobres"
44> areabreak zonaloc
45> crosstabs manzent by nivel
46> option count persona
47> option percent row

```

ANEXO B

Tabla 1  
CONSULTAS PROGRAMADAS Y REALIZADAS POR AÑO. CONSULTORIO  
MEDICO TUCAPEL, 1989-1994

PROGRAMA	METAS	1989			1990			1991		
		Total	Médico	Enferm.	Total	Médico	Enferm.	Total	Médico	Enferm.
TOTAL.....	Programada	75377	44420	30957	81192	38627	42565	58860	30796	28064
	Realizadas	69249	35834	33415	77174	42607	34567	48837	21343	27494
	Cobertura	91.9	80.7	107.9	95.1	110.3	81.2	83.0	69.3	98.0
< 1	Programada	5161	1493	3668	5695	1652	4043	204	102	102
	Realizadas	5642	1587	4055	6219	1374	4845	218	63	155
	Cobertura	109.3	106.3	110.6	109.2	83.2	119.8	106.9	61.8	152.0
1-5	Programada	9292	3888	5404	10298	1260	9038	344	172	172
	Realizadas	7164	1233	5931	7344	825	6519	350	134	216
	Cobertura	77.1	31.7	109.8	71.3	65.5	72.1	101.7	77.9	125.6
6-14	Programada	16317	6117	10200	18583	3698	14885	16808	3273	13535
	Realizadas	14654	3509	11145	13916	2851	11065	15177	1693	13484
	Cobertura	89.8	57.4	109.3	74.9	77.1	74.3	90.3	51.7	99.6
Infantil	Programada	30770	11498	19272	34576	6610	27966	17356	3547	13809
	Realizadas	27460	6329	21131	27479	5050	22429	15745	1890	13855
	Cobertura	89.2	55.0	109.6	79.5	76.4	80.2	90.7	53.3	100.3
Adulto	Programada	18838	18838	0	19218	19218	0	20472	20472	0
	Realizadas	16797	16797	0	16839	16839	0	16905	16905	0
	Cobertura	89.2	89.2	0.0	87.6	87.6	0.0	82.6	82.6	0.0
Salud bucal	Programada	10438	10438	...	7612	7612	...	0	0	0
	Realizadas	10696	10696	...	17571	17571	...	0	0	0
	Cobertura	102.5	102.5	...	230.8	230.8	...	0	0	0
Control prenatal*	Programada	12997	1312	11685	17087	2488	14599	18338	4372	13966
	Realizadas	12062	702	11360	12898	1270	11628	13881	848	13033
	Cobertura	92.8	53.5	97.2	75.5	51.0	79.6	75.7	19.4	93.3
Consultas puérperas*	Programada	765	765	...	996	996	...	766	766	...
	Realizadas	1012	783	229	771	680	91	640	536	104
	Cobertura	132.3	102.4	...	77.4	68.3	...	83.6	70.0	...
Consultas ginecológ.	Programada	1569	1569	...	1703	1703	...	1928	1639	289
	Realizadas	1222	527	695	1616	1197	419	1666	1164	502
	Cobertura	77.9	33.6	...	94.9	70.3	...	86.4	71.0	173.7

... No aplica

\* Las consultas en el rubro de enfermeras se refieren a las realizadas por matronas

\*\* Sólo actividades ofrecidas durante el primer semestre

Continuación

Tabla 1  
CONSULTAS PROGRAMADAS Y REALIZADAS POR AÑO. CONSULTORIO  
MEDICO TUCAPEL, 1989-1994

PROGRAMA	METAS	1992			1993			1994**		
		Total	Médico	Enferm.	Total	Médico	Enferm.	Total	Médico	Enferm.
TOTAL.....	Programada	68032	30570	37462	76101	43136	32965	68848	37204	31644
	Realizadas	56315	22453	33862	68976	32949	36027	36988	17548	19440
	Cobertura	82.8	73.4	90.4	90.6	76.4	109.3	53.7	47.2	61.4
< 1	Programada	5897	2268	3629	5982	2301	3681	5487	1638	3849
	Realizadas	5593	1624	3969	5472	1456	4016	2518	567	1951
	Cobertura	94.8	71.6	109.4	91.5	63.3	109.1	45.9	34.6	50.7
1-5	Programada	7902	773	7129	9630	2210	7420	8706	1468	7238
	Realizadas	7999	643	7356	7848	741	7107	4312	282	4030
	Cobertura	101.2	83.2	103.2	81.5	33.5	95.8	49.5	19.2	55.7
6-14	Programada	15847	3837	12010	17335	5291	12044	15721	3834	11887
	Realizadas	14252	2362	11890	14519	2820	11699	7454	1241	6213
	Cobertura	89.9	61.6	99.0	83.8	53.3	97.1	47.4	32.4	52.3
Infantil	Programada	29646	6878	22768	32947	9802	23145	29914	6940	22974
	Realizadas	27844	4629	23215	27839	5017	22822	14284	2090	12194
	Cobertura	93.9	67.3	102.0	84.5	51.2	98.6	47.8	30.1	53.1
Adulto	Programada	19504	19504	0	17293	17293	0	17197	17197	0
	Realizadas	16207	16207	0	15393	15393	0	10351	10351	0
	Cobertura	83.1	83.1	0.0	89.0	89.0	0.0	60.2	60.2	0.0
Salud bucal	Programada	0	0	0	12835	12835	...	9305	9305	...
	Realizadas	0	0	0	9802	9802	...	3878	3878	...
	Cobertura	0	0	0	76.4	76.4	...	41.7	41.7	...
Control prenatal*	Programada	16398	2226	14172	10555	1170	9385	9278	1065	8213
	Realizadas	10231	146	10085	13110	371	12739	7238	346	6892
	Cobertura	62.4	6.6	71.2	124.2	31.7	135.7	78.0	32.5	83.9
Consultas puerperas*	Programada	695	695	...	733	733	...	592	592	...
	Realizadas	275	162	113	732	582	150	296	199	97
	Cobertura	39.6	23.3	...	99.9	79.4	...	50.0	33.6	...
Consultas ginecológ.	Programada	1789	1267	522	1738	1303	435	2562	2105	457
	Realizadas	1758	1309	449	2100	1784	316	941	684	257
	Cobertura	98.3	103.3	86.0	120.8	136.9	72.6	36.7	32.5	56.2

... No aplica

\* Las consultas en el rubro de enfermeras se refieren a las realizadas por matronas

\*\* Sólo actividades ofrecidas durante el primer semestre



Tabla 2  
**ACTIVIDADES DEL PROGRAMA DE PLANIFICACION FAMILIAR  
CONSULTORIO MEDICO TUCAPEL, 1989-1994**

AÑOS	POBLACION META			ACTIVIDADES		
	DIU	ACO	Otros	DIU	ACO	Otros
1989	924	611	64	1665	2103	171
1990	883*	580	67	1701	2491	144
1991	1070	717	76	2002	2718	179
1992	852**	608	78	1809	1760	158
1993	983	628	151	2154	2493	239
1994	741***	453	73	1257	1292	138

\* Hasta septiembre

\*\* Hasta junio

\*\*\*Hasta septiembre

Tabla 3  
**ATENCIONES PROGRAMADAS Y REALIZADAS A PACIENTES CRONICOS  
DE 15 Y MAS AÑOS. CONSULTORIO MEDICO TUCAPEL 1989-1994.**

ATENCIONES	METAS	AÑOS					
		1989	1990	1991	1992	1993	1994**
TOTAL.....	Programada	436	2567	2488	2108	2164	3018
	Realizadas	1459	1951	1451	1254	2049	1181
	Cobertura	334.6	76.0	58.3	59.5	94.7	39.1
ETS	Programada	0	0	222	140	96	212
	Realizadas	32	0	35	59	131	90
	Cobertura	0.0	0.0	15.8	42.1	136.5	42.5
Epilépticos	Programada	0	816	736	942	840	1308
	Realizadas	663	923	705	617	717	349
	Cobertura	..	113.1	95.8	65.5	85.4	26.7
Alcohólicos	Programada	0	1315	1094	590	792	1062
	Realizadas	328	592	275	142	765	306
	Cobertura	..	45.0	25.1	24.1	96.6	28.8
TBC	Programada	0	0	306	180	205	190
	Realizadas	148	0	211	147	155	87
	Cobertura	..	0.0	69.0	81.7	75.6	45.8
Diabéticos	Programada	1260	1040	1184	962	1988	1556
	Realizadas	952	1193	1120	1379	1536	747
	Cobertura	75.6	114.7	94.6	143.3	77.3	48.0
Hipertensos	Programada	4438	3040	3088	3108	3872	3395
	Realizadas	2781	3112	3254	3029	3097	1469
	Cobertura	62.7	0.0	105.4	97.5	80.0	43.3
Reumáticos	Programada	0	0	210	140	129	160
	Realizadas	0	0	143	99	96	46
	Cobertura	0.0	0.0	68.1	70.7	74.4	28.8

\*\* Sólo actividades ofrecidas durante el primer semestre

Tabla 4  
POBLACION POR EDAD Y SEXO DEL AREA DE INFLUENCIA DE  
TUCAPEL, DISTRITO DE PAJONAL, 1992

EDAD	TOTAL	%	SEXO			
			Masculino	%	Femenino	%
Total	11456	100.0	5417	100.0	6039	100.0
< 1	230	2.0	129	2.4	101	1.7
1-2	445	3.9	224	4.1	221	3.7
3-5	709	6.2	365	6.7	344	5.7
6-14	1753	15.3	886	16.4	867	14.4
15-44	5724	50.0	2712	50.1	3012	49.9
45-64	1923	16.8	854	15.8	1069	17.7
65 y +	672	5.9	247	4.6	425	7.0
Total <6 años	1384	12.1	718	13.3	666	11.0
Total 15 y más	8319	72.6	3813	70.4	4506	74.6

Fuente: Censo de Chile, 1992. Base de Datos REDATAM, CELADE.

POBLACION POR EDAD Y SEXO DEL AREA DE INFLUENCIA DE TUCAPEL  
DISTRITO DE MANUEL RODRIGUEZ, 1992

EDAD	TOTAL	%	SEXO			
			Masculino	%	Femenino	%
Total	4194	100.0	1976	100.0	2218	100.0
< 1	70	1.7	30	1.5	40	1.8
1-2	169	4.0	82	4.1	87	3.9
3-5	229	5.5	124	6.3	105	4.7
6-14	630	15.0	295	14.9	335	15.1
15-44	2134	50.9	1048	53.0	1086	49.0
45-64	661	15.8	273	13.8	388	17.5
65 y +	301	7.2	124	6.3	177	8.0
Total <6 años	468	11.2	236	11.9	232	10.5
Total 15 y más	3096	73.8	1445	73.1	1651	74.4

Fuente: Censo de Chile, 1992. Base de Datos REDATAM, CELADE.

POBLACION POR EDAD Y SEXO DEL AREA DE INFLUENCIA DE TUCAPEL  
DISTRITO: ESTACION TUCAPEL, 1992

EDAD	TOTAL	%	SEXO			
			Masculino	%	Femenino	%
Total	4570	100.0	2225	100.0	2345	100.0
< 1	84	1.8	42	1.9	42	1.8
1-2	165	3.6	92	4.1	73	3.1
3-5	256	5.6	139	6.2	117	5.0
6-14	712	15.6	388	17.4	324	13.8
15-44	2335	51.1	1161	52.2	1174	50.1
45-64	688	15.1	297	13.3	391	16.7
65 y +	330	7.2	106	4.8	224	9.6
Total <6 años	505	11.1	273	12.3	232	9.9
Total 15 y más	3353	73.4	1564	70.3	1789	76.3

Fuente: Censo de Chile, 1992. Base de Datos REDATAM, CELADE.

Continuación

Tabla 4  
POBLACION POR EDAD Y SEXO DEL AREA DE INFLUENCIA DE  
TUCAPEL, DISTRITO: LO MENDEZ, 1992

EDAD	TOTAL	%	SEXO			
			Masculino	%	Femenino	%
Total	18758	100.0	8942	100.0	9816	100.0
< 1	403	2.1	208	2.3	195	2.0
1-2	781	4.2	399	4.5	382	3.9
3-5	1179	6.3	596	6.7	583	5.9
6-14	2894	15.4	1429	16.0	1465	14.9
15-44	9494	50.6	4546	50.8	4948	50.4
45-64	2857	15.2	1297	14.5	1560	15.9
65 y +	1150	6.1	467	5.2	683	7.0
Total <6 años	2363	12.6	1203	13.5	1160	11.8
Total 15 y +	13501	72.0	6310	70.6	7191	73.3

Fuente: Censo de Chile, 1992. Base de Datos REDATAM, CELADE.

POBLACION POR EDAD Y SEXO DEL AREA DE INFLUENCIA DE  
TUCAPEL, DISTRITO: LA TOMA, 1992

EDAD	TOTAL	%	SEXO			
			Masculino	%	Femenino	%
Total	20996	100.0	10427	100.0	10569	100.0
< 1	479	2.3	252	2.4	227	2.1
1-2	969	4.6	495	4.7	474	4.5
3-5	1452	6.9	729	7.0	723	6.8
6-14	3855	18.4	2090	20.0	1765	16.7
15-44	10555	50.3	5143	49.3	5412	51.2
45-64	2950	14.1	1447	13.9	1503	14.2
65 y +	736	3.5	271	2.6	465	4.4
Total <6 años	2900	13.8	1476	14.2	1424	13.5
Total 15 y +	14241	67.8	6861	65.8	7380	69.8

Fuente: Censo de Chile, 1992. Base de Datos REDATAM, CELADE.

POBLACION POR EDAD Y SEXO DEL AREA DE INFLUENCIA DE  
TUCAPEL, TOTAL DISTRITOS, 1992

EDAD	TOTAL	%	SEXO			
			Masculino	%	Femenino	%
Total	59974	100.0	28987	100.0	30987	100.0
< 1	1266	2.1	661	2.3	605	2.0
1-2	2529	4.2	1292	4.5	1237	4.0
3-5	3825	6.4	1953	6.7	1872	6.0
6-14	9844	16.4	5088	17.6	4756	15.3
15-44	30242	50.4	14610	50.4	15632	50.4
45-64	9079	15.1	4168	14.4	4911	15.8
65 y +	3189	5.3	1215	4.2	1974	6.4
Total <6 años	7620	12.7	3906	13.5	3714	12.0
Total 15 y +	42510	70.9	19993	69.0	22517	85.0

Fuente: Censo de Chile 1992. Base de Datos REDATAM, CELADE.

Tabla 5  
RESUMEN BALANCE OFERTA-DEMANDA.  
Consultorio Médico Tucapel, 1992.

Atenciones	Esperadas 1)	Realizadas (2)	Balance 3=(2)-(1)
Infantil	50029	27844	-22185
Materno	38293	12264	-26029
Adulto	42693	16207	-26486
=====			
Recursos humanos variables	Requeri- mientos 1)	Disponi- ble (2)	Balance 3=(2)-(1)
PROGRAMA MEDICO <sup>1</sup>			
Infantil	468	960	492
Materno	314	940	626
Adulto	472	800	328
Salud bucal	936	760	-176
AUX. ENFERMERIA <sup>12</sup>			
Infantil	1	4	3
Salud Bucal	8	4	-4
PARAMEDICOS <sup>12</sup>			
	8	17	9
=====			
BOXES DE ATENCION (Recintos variables)	Requeri- mientos (1)	Disponi- ble (2)	Balance 3=(2)-(1)
Infantil	6	5	-1
Materno	6	3	-3
Adulto	5	3	-2
Salud bucal	7	3	-4
=====			

Fuente: Elaborado en función de la información proporcionada por el Depto. de Estadística del Consultorio Tucapel.

(1) Requerimiento: horas disponibles.

(2) Requerimiento: número de personas.

Tabla 6  
PROGRAMA DE NUTRICION: CONSULTAS PROGRAMADAS Y REALIZADAS POR AÑO.  
CONSULTORIO MEDICO TUCAPEL 1989-1994

GRUPOS DE EDAD	METAS	AÑOS					
		1989	1990	1991	1992	1993	1994*
TOTAL.....	Programada	3840	5536	1729	0	0	0
	Realizadas	4266	4107	2049	0	0	0
	Cobertura	111.1	74.2	118.5	0.0	0.0	0.0
< 1	Programada	0	58	180	0	0	0
	Realizadas	70	206	301	0	0	0
	Cobertura	0.0	355.2	167.2	0.0	0.0	0.0
1-5	Programada	1920	1810	1549	0	0	0
	Realizadas	1623	1720	1748	0	0	0
	Cobertura	84.5	95.0	112.8	0.0	0.0	0.0
6-14	Programada	1920	3668	0	0	0	675
	Realizadas	2573	2181	0	0	0	164
	Cobertura	134.0	59.5	0.0	0.0	0.0	24.3

Fuente: Elaborado en función de la información proporcionada por el Depto. de Estadística del Consultorio Tucapel.

\* Sólo actividades ofrecidas durante el primer semestre.

Tabla 7  
TOTAL DE CONSULTAS POR PROGRAMAS, SEGUN AÑOS

AÑOS	TOTAL	Infantil	Materno	Adulto	Salud bucal
1989	69249	27460	14296	16797	10696
1990	77174	27479	15285	16839	17571
1991	48837	15745	16187	16905	...
1992	56315	27844	12264	16207	...
1993	68976	27839	15942	15393	9802
1994	36988	14284	8475	10351	3878

Fuente: Elaborado en función de la información proporcionada por el Depto. de Estadística del Consultorio Tucapel.  
... No hubo servicio.

## RESUMEN EJECUTIVO

Dado el nivel de pobreza que existe en la Región del Biobío, las unidades de servicio de salud de la Comuna de Concepción son, en su mayoría, de atención primaria. Al contrario de lo que pudiera pensarse, los niveles de salud de la población no presentan grandes deterioros.

Las principales patologías se encuentran asociadas a problemas de tipo respiratorios, en especial en menores de cinco años, enfermedades de vías digestivas, como resultado de altos índices de contaminación y carencia de servicios de atención y saneamiento básico. Además, se detectan adicciones a drogas y alcohol en la población masculina mayor de 15 años, así como problemas de estrés, estados depresivos y de angustia, básicamente en la población femenina. Destacan también las enfermedades de tipo crónico en el adulto, problemas relacionados con la hipertensión y una significativa incidencia de enfermedades de transmisión sexual.

Si bien las estructuras de gestión están definidas de acuerdo a su competencia y jerarquía (SEREMI, SERPLAC, DAP y DAS), la dicotomía existente entre la jerarquía técnica y administrativa, dificulta el proceso de gestión inter e intraniveles, con repercusiones importantes en el funcionamiento de la red de servicios.

Además, se percibe que el nivel local no ha interiorizado las características del nuevo modelo de atención municipalizada. Al respecto, prevalece la toma de decisiones de tipo vertical; de igual forma, se percibe cierta insatisfacción laboral en los miembros del equipo de salud, producto de la pérdida de conquistas y derechos relacionados con remuneraciones, vacaciones y desarrollo profesional, entre otros.

Un aspecto importante de la administración está dado por la coordinación del nivel directivo a nivel regional y central, así como con las instancias intraconsultorio. Se califica de buena la coordinación interna y de dificultosa la establecida con otros sectores.

Los programas, en su mayoría, son diseñado en el nivel central y los rangos de atención y cobertura son establecidos en ese mismo nivel, desconociendo la realidad de cada uno de los consultorios.

El Ministerio de Salud introduce nuevos programas, en forma vertical, con la misma cantidad de recursos y sin capacitación previa, lo que dificulta en la práctica su ejecución.

Del análisis de los indicadores de resultados, se puede concluir que la oferta del servicio en cuanto a la atención de morbimortalidad, es menor que la demanda de la población asignada al consultorio. Por su importancia, programas como el de atención infantil requieren

de un mayor número de horas de profesionales (médicos y enfermeras), para desarrollar en forma eficiente el programa de control del niño sano, el cual se ve afectado por la alta demanda de control del niño enfermo, el cual se prioriza.

La calidad de la atención se ve disminuida dado que la demanda supera a la oferta. Se trata de atender un número cada vez mayor de pacientes y no los establecidos como norma para cada programa.

La dotación de insumos y farmacia se ve afectada por los trámites burocráticos implícitos en su reposición a nivel de la Dirección de Salud Municipal.

La infraestructura de la unidad no está acorde a la demanda de atención por parte de la población, las salas de espera, limpieza, presentación de los espacios, número de boxes de atención y de servicios higiénicos son inadecuados.

En cuanto a la **capacidad de resolución del consultorio** podemos decir que es aceptable para el nivel en el que se encuentra y para el número de recursos con que cuenta. El aspecto de referencia y contrarreferencia está siendo mejor coordinado, lo que ha disminuido el tiempo de espera del paciente para su acceso a la consulta.

De igual forma, la estimación de la demanda y cobertura de atención señala una ostensible insuficiencia: los programas materno y de adulto no llegan a cubrir el 40% de la demanda, mientras que en el infantil es de apenas un 55.7% de cobertura.

En cuanto al número de boxes de atención del consultorio, a pesar de su utilización intensiva, existe un déficit de 10 unidades para cubrir la demanda de los distintos programas; solamente en el programa de salud bucal se requieren 4 boxes adicionales.

El análisis de los recursos humanos muestra datos singulares, dado que aparentemente existe un superávit de horas contratadas, excepto en el caso del programa de salud bucal. Es evidente la falta de racionalización de recursos humanos por programa.

Los indicadores de recursos humanos muestran valores muy inferiores a los estándares internacionales y a la realidad de la región y del país, lo que hace necesario incrementar el número de los profesionales de salud, a nivel del área de influencia del consultorio.

A manera de propuesta de intervención, consideramos que deben replantearse los términos de la relación entre los niveles de gestión superior y el propio consultorio, como el elemento fundamental que limita la capacidad, eficiencia y eficacia de la atención.

En la medida en que desde las instancias superiores se diseñan y programan las actividades de las unidades de servicio, se inhibe la creatividad e iniciativa local para dar respuesta a otro tipo de necesidades percibida en la población.

Como se indica en el documento, el gasto social en salud para la región del BíoBío ha ido disminuyendo, a pesar de las crecientes demandas insatisfechas de la población.

En este sentido, siendo la región de Biobío una de las que aporta un mayor porcentaje al Producto Interno Bruto, es necesario que el Estado asigne recursos más equitativo a la región para la inversión en el gasto social, en especial, en el sector salud.



ANEXO C

## PERSONAL DEL AREA DE SALUD ENTREVISTADO

1. **Sr. Daniel Layner**, Sectorialista Subrogante de Salud. Secretaría Regional de Planificación y Coordinación (SERPLAC) VIII Región.
2. **Dr. Ralf Miller**, Secretaría Regional Ministerial de Salud.
3. **Sra. Alicia Rogozynski**, Departamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Concepción-Arauco.
4. **Dr. Ricardo Navarrete**, Director de Administración de Salud Municipal. Municipalidad de Concepción.
5. **Sra. Mónica Araos**, Jefa de Programas y Proyectos del Departamento de Administración de Salud. Municipalidad de Concepción.
6. **Dr. Pedro Ponce**, Director del Consultorio Tucapel. Concepción.
7. **Sra. Margot Molina**, Enfermera Jefe del Consultorio Tucapel.
8. **Dra. Antonieta Orella**, Encargada del Programa de la Mujer, Consultorio Tucapel.
9. **Dra. Marcela Henríquez**, Encargada del Programa Infantil, Consultorio Tucapel.
10. **Sra. Patricia Witham**, Docente en Evaluación de Programas. Escuela de Servicio Social de la Universidad de Concepción.
11. **Sra. Daisy Vidal**, Docente de Servicio Social en Salud. Escuela de Servicio Social de la Universidad de Concepción.