

MODELO DE EVALUACION DEL PROGRAMA DE SALUD  
"FAMILIAS EN RIESGO BIOPSIICOSOCIAL" EN LA ATENCION PRIMARIA<sup>1</sup>  
Centro de Salud Villa O'Higgins en la comuna de La Florida

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 3-4, 1998/ 92-110

*Carmen Gloria Hidalgo<sup>2</sup>*  
*Marcela Cornejo<sup>3</sup>*  
*Eduardo Carrasco<sup>4</sup>*  
*Ana María Cabezas<sup>5</sup>*

SUMMARY

The Villa O'Higgins Health Care Center of La Florida is developing since 1994 a family assistance program called "Program for Families at Biopsychological Risk", which is intended for poor families with low assistance in health care and high biopsychological risk. A multidisciplinary team including members of the Psychology School, Pontificia Universidad Católica de Chile and members of the Health Care Center is developing a research project, with the general objective of improving significantly the quality of the Program for Families at Biopsychological risk.

This paper presents a summary of the Family Program and reports the main results obtained in the first evaluation on the quality of the Program, concerning social, technical and economical quality, both at the structural level and at the process level, according to the Saraceno and Leval Model (1992). The main results show the acceptance of the approach by the local health teams and the patients, and adequate accessibility to the program and a reasonable cost, in view of the complexity of the families.

The main difficulties arise because of the difficult physical health problems and especially of mental health problems, the lack of training on the part of the health team, the traditional organization of health programs in Chile and the lack of appropriate indicators to evaluate their effectiveness. The possibilities of applying a Family Health Model in Primary Care, the development of effective methods of evaluation, and the participation in the systems organized around the population's health and sickness problems, are also discussed in this paper.

RESUMEN

El Centro de Salud Villa O'Higgins de la Comuna de La Florida desarrolla desde 1994 un programa de atención familiar denominado "Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial", dirigido a familias pobres, de baja asistencialidad y en riesgo de salud. Un equipo interdisciplinario de miembros de la Escuela de Psicología de la P. Universidad Católica y del Centro de Salud está desarrollando un proyecto de investigación, cuyo objetivo general es mejorar significativamente la calidad del Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial.

---

<sup>1</sup> Los resultados presentados en este artículo corresponden a los proyectos de investigación DIUC 95/05E y Fondecyt N° 1960526 (1996-1998) realizado en conjunto con Jeanette González y María Brito

<sup>2</sup> Psicóloga. Docente Escuela de Psicología, P Universidad Católica de Chile, Avda. Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago E-mail. chidalgc@puc.cl

<sup>3</sup> Psicóloga. Docente Escuela de Psicología, P Universidad Católica de Chile

<sup>4</sup> Médico-Psiquiatra. Docente Facultad de Medicina, P Universidad Católica de Chile

<sup>5</sup> Médico. Directora Centro de Salud Villa O'Higgins

El presente trabajo presenta una reseña del Programa de Familias e informa de los principales resultados obtenidos en la primera evaluación de la calidad del programa, el que contempla una evaluación de la calidad social, calidad técnica y calidad económica, tanto a nivel de estructuras como de procesos, según el modelo de Saraceno & Levav (1992). Los principales resultados señalan la aceptación del enfoque por parte de los equipos de salud local y de los usuarios, la adecuada accesibilidad al programa y un costo económico razonable dada la complejidad de las familias atendidas. Las principales dificultades surgen por las difíciles problemáticas de salud, especialmente en salud mental, la falta de capacitación para su abordaje, la estructura tradicional de programas y la falta de indicadores apropiados para evaluar su efectividad. Se discuten las posibilidades de aplicación de un modelo de salud familiar en la Atención Primaria, el desarrollo de métodos eficaces de intervención y evaluación en los sistemas que se organizan en torno a los problemas de salud y enfermedad de la población.

## ANTECEDENTES

El área de la Atención Primaria es uno de los sectores de salud con más demanda por parte de la población en nuestro país. Sin embargo, arrastra problemas específicos entre los cuales se cuentan la inaccesibilidad a la atención por razones económicas, horarios de atención inapropiados, lejanía geográfica y escasez de recursos humanos, así como una capacidad resolutive insuficiente de los problemas de salud de la población. Además, se trabaja con un modelo de recuperación de salud ("curativo") con escaso desarrollo o inclusión de prevención o promoción de salud (Domínguez, 1993), y con exclusión de los problemas más relevantes de salud mental (Hidalgo, 1997). A lo anterior se agrega la dificultad estructural para implementar un modelo biopsicosocial de la salud, a pesar de las Políticas de Salud definidas por el gobierno (Minsal, 1993).

La actual administración de salud del país, recogiendo estos problemas así como la discusión mundial respecto a la estrategia de atención primaria, está impulsando el desarrollo de proyectos para mejorar la atención de salud que sean innovadores, dirigidos a los sectores más necesitados, considerando la persona integralmente y en su contexto familiar, social y cultural. La incorporación de la salud mental como un componente central y transversal en la atención de salud ha cobrado cada día mayor fuerza. Además se ha hecho evidente la necesidad de generar y poner en marcha proyectos de este tipo que incluyan una evaluación permanente y sistematizada de ellos (Minsal, 1993).

En este contexto, el Centro de Salud Villa O'Higgins de la Comuna de la Florida, desde 1994 ha desarrollado un Programa de Atención Familiar, para familias en riesgo biopsicosocial. Un enfoque de Salud Familiar, cuyo foco de atención sea la familia, es un modelo conceptualmente útil

y atractivo, dado que entiende el proceso de salud-enfermedad desde una perspectiva integral y aporta significativamente a una resolución más global de los problemas en la Atención Primaria (Ringeling, 1986; Busnelo, 1992; Duarte, 1992).

La familia puede ser considerada como factor de riesgo o como factor protector de la salud, como transmisora de hábitos y creencias vinculadas con el proceso de salud-enfermedad, como agente socializador en estilos de vida saludables o patógenos, como agente causal de problemas de salud mental y como unidad prestadora de atención a sus miembros (Florenzano, 1991; Hidalgo, 1997).

Se pretende presentar en este artículo una breve reseña de este *Programa de Familias en Riesgo* para luego señalar un modelo de evaluación de servicios de salud. Se presentan los resultados preliminares de la evaluación llevada a cabo en el Programa y se discute en torno a proyecciones generales y específicas de este modelo de atención.

### **Programa de Familias en Riesgo del Centro de Salud Villa O'Higgins**

El Centro de Salud Villa O'Higgins es uno de los cinco centros de salud de Atención Primaria del Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente, que funciona en la Municipalidad de La Florida. Tiene una población inscrita de 33.000 personas distribuidas en seis unidades vecinales, que corresponden aproximadamente a 5.000 familias. A partir de una evaluación comunitaria a nivel de la comuna y de una evaluación interna del consultorio, se dividió el territorio en *sectores*. Ambas evaluaciones coincidieron en que la organización existente por programas de salud hace que cada estamento profesional enfrente los problemas de salud de forma aislada unos de otros, sin una visión de conjunto como equipo de salud. Esto se reflejó

también en la comunidad, donde el trabajo no se percibe enfocado desde el punto de vista de las necesidades del usuario que consulta, sino que cada problema es abordado por separado por el programa de salud correspondiente. Se agrega que los problemas de salud mental, una de las principales preocupaciones de los usuarios, no están incorporados a la atención de salud.

Se complementó este diagnóstico con un trabajo interno de análisis de los registros del Centro (censo) con el objetivo de verificar la cobertura e impacto de los distintos programas en cada una de las unidades vecinales asignadas. Se constató que no se estaba respondiendo a lo esperado y, más aún, que el equipo de salud no poseía los elementos necesarios para conocer y analizar a cabalidad la situación de salud de la población, ni para considerar los factores condicionantes de riesgo social, familiar y ambiental.

La idea de incorporar el trabajo en salud desde una perspectiva familiar con un enfoque conceptual sistémico-ecológico, surgió de constatar empíricamente que la organización que supone los distintos programas tradicionales de salud entorpece un abordaje integral de los problemas de salud y no satisface las demandas del usuario. La estructura de programas tradicionales (de la mujer, infantil, del adulto, odontológico) hace muy difícil acercar la atención de salud al usuario y su familia, así como incorporar estrategias de intervención en lo curativo y especialmente en lo preventivo y desde una perspectiva biopsicosocial.

Sin embargo, abordar familiarmente a toda la población resultaba poco factible, dada la organización vigente del sistema de salud y los recursos disponibles. Se decidió iniciar este proceso con aquellas familias con mayor daño biomédico y psicosocial de cada uno de los sectores territoriales en que se dividió la población asignada, grupo que correspondía además a la población con más baja asistencialidad o consultas en los diferentes programas de salud tradicionales. Su objetivo general principal fue crear un Programa para Familias de Riesgo Biopsicosocial que, mediante un modelo de salud integral, fuera capaz de intervenir eficaz y eficientemente en las principales problemáticas que estas familias presentan.

Los objetivos específicos del programa fueron:

(1) Pesquisar las familias de extrema pobreza para priorizar su ingreso al programa. (2) Conocer las áreas problemáticas de salud más frecuentes de estas familias para orientar las intervenciones.

(3) Realizar un tratamiento integral y eficiente a cada una de las familias ingresadas (en lo curativo y preventivo). (4) Integrar a las familias a los programas oficiales, según sus problemas específicos. (5) Coordinar acciones con otras instituciones, como redes de apoyo, para solucionar en conjunto problemas particulares, según el área específica que compete a cada sector.

Para llevar a cabo este programa fue necesario incorporar cambios sustantivos en el trabajo del Consultorio. Para esto se realizó la *sectorización*, se modificó su organigrama y se implementó un esquema de organización matricial, dividiéndolo en:

(A) Organización *funcional* en programas y servicios de apoyo técnico y administrativo y (B) Organización *operativa* dividida según grupos de población que viven en sectores y centrada en familias.

Cada sector está conformado por un equipo de trabajo, que incluye médico, enfermera, matrona, nutricionista, asistente social y auxiliares de enfermería. El componente específico de Salud Mental fue incorporado a través de alumnas de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica que realizan sus prácticas profesionales con supervisión docente. El equipo debe conocer y analizar las características de los grupos familiares que le corresponden a su sector geográfico, sus factores de riesgo y sus factores de potencialidad.

El diseño y las estrategias de intervención familiar del Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial fue elaborado en un trabajo conjunto con la Escuela de Psicología de la P. Universidad Católica, a través de un proyecto de investigación-acción, abocado a la evaluación y mejoramiento de la calidad del Programa de Familias. En la actualidad, este programa mantiene los objetivos señalados, dando asistencialidad integral al grupo de familias consideradas de mayor pobreza y con serios problemas de salud biopsicosocial.

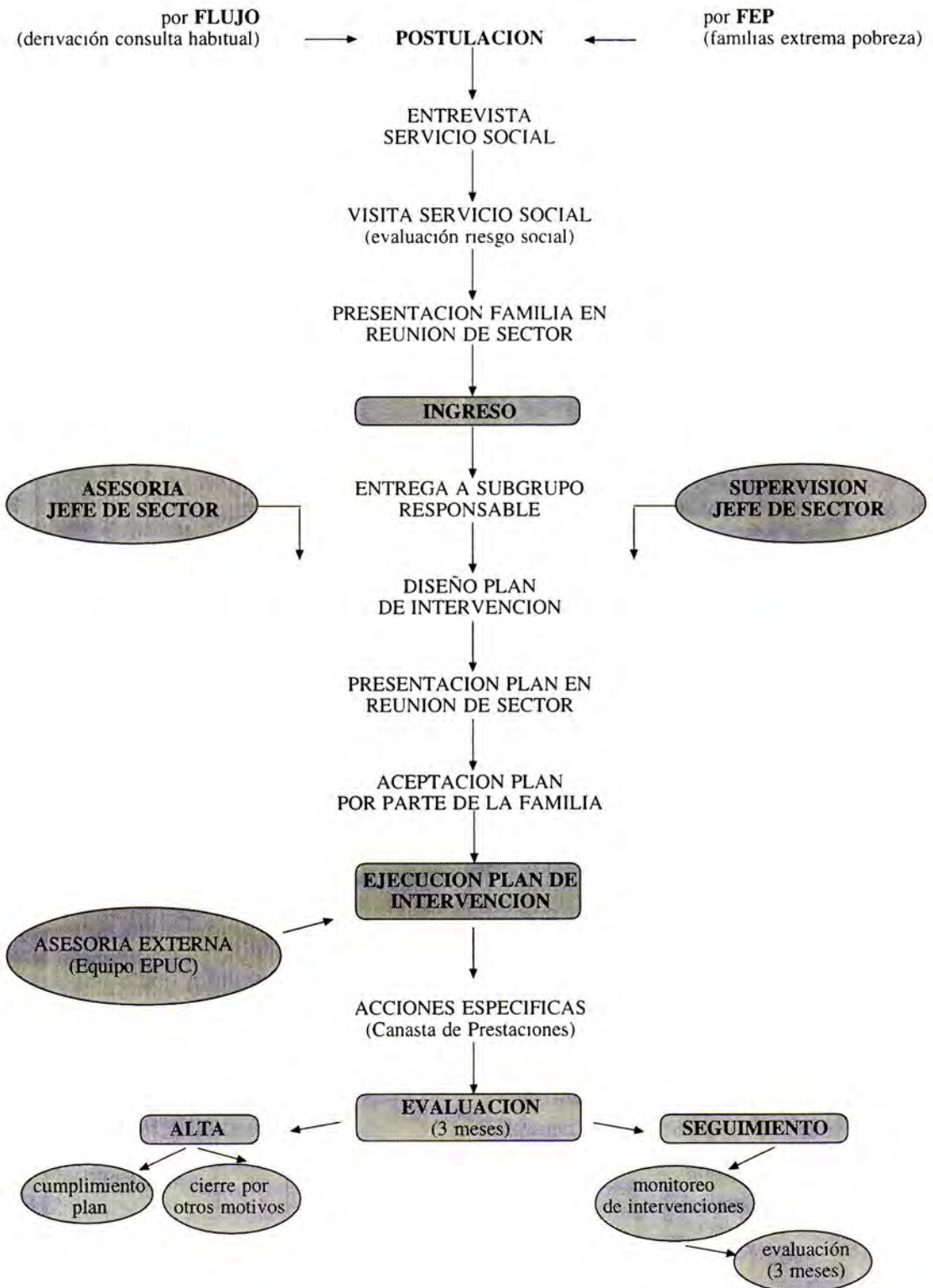
La Figura 1 resume gráficamente cada una de las etapas del proceso que siguen las familias dentro del Programa.

#### *Etapas de Postulación*

Son postulantes al Programa de Familias, las familias en las cuales se detecte la presencia de riesgo biopsicosocial, lo cual se realiza principalmente a través de dos vías:

FIGURA 1

Flujograma de las etapas del trabajo con familias en el programa



- a) La derivación de cualquier miembro del consultorio que considere, en su consulta o labor habitual, la presencia de factores de riesgo en un paciente o en su familia, y
- b) La derivación al programa desde el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de las familias de extrema pobreza (FEP).

Posteriormente, tales pacientes son entrevistados en Servicio Social y se les efectúa una visita domiciliaria. Con los datos obtenidos la asistente social decide si el caso amerita ser intervenido desde el centro de salud, para lo cual determina una visita domiciliaria, o bien si sólo requiere de una derivación a redes de apoyo. Si el problema es factible de ser intervenido desde el centro de salud en el Programa de Familias, se realiza una visita domiciliaria donde se observan las condiciones socioambientales en las que vive la familia.

Se realiza una presentación de los antecedentes de la familia postulante en reunión de Sector, de acuerdo a una pauta (Clasificación de Riesgo Biopsicosocial), considerando tanto problemas como potencialidades de la familia, y el equipo decide su ingreso al Programa. Los rechazos de familias postulantes al Programa se relacionan principalmente con la escasa presencia de factores de potencialidad, o bien por la presencia de problemas que no pueden ser abordados desde el sector salud. En el primer caso, no obstante, las problemáticas encontradas serán igualmente abordadas desde el centro de salud, pero a través de los programas tradicionales.

#### *Etapa de Ingreso*

Esta etapa se inicia cuando, una vez acordado el ingreso por parte del equipo de sector, se entrega a un subgrupo la familia seleccionada. Los criterios que prevalecen para la asignación de familias a cada subgrupo, son los factores de riesgo presentes en la familia y las habilidades y destrezas adquiridas por los integrantes de los equipos, de modo que respondan mejor a las problemáticas de la familia.

La principal tarea del subgrupo en esta etapa es el *diseño* del plan de intervención. Desde una perspectiva familiar integral, los factores de riesgo y los factores protectores son los que definen el plan de tratamiento que el equipo debe ejecutar y por ello las acciones planificadas están en direc-

ta relación con éstos. Se diseñan acciones tendientes a enfrentar situaciones de crisis, problemas de salud física y mental recurrentes considerando las prioridades de la familia, del equipo de salud y de acuerdo a la "Canasta de Prestaciones del Programa de Familias", diseñada dentro del marco presupuestario de asignación de recursos (sistema de financiamiento per cápita) impuesto desde el Ministerio de Salud. Es importante considerar que para promover la resolución de problemas al interior de las familias el equipo debe considerar sus propias capacidades y límites y el uso de la redes comunitarias existentes. Por lo anterior, las metas que se plantean deben ser necesariamente realistas y evaluables.

Luego del diseño del plan por parte del subgrupo responsable, éste debe ser presentado en reunión de sector para su discusión. Esta presentación debe incluir las principales características de la familia (fortalezas y debilidades), los objetivos que se ha propuesto el subgrupo, las acciones que se realizarán, así como los cambios que se esperan.

Esta etapa finaliza con la aceptación, por parte de la familia, del plan a ejecutar como usuarios del Programa de Familias en Riesgo, lo que operativamente se realiza en la primera entrevista familiar.

#### *Etapa de Ejecución del Plan de Intervención*

El inicio de la Ejecución del Plan de Intervención deberá considerar en primer lugar la realización de la primera entrevista con la familia, en donde se le explicarán a ésta: las características del Programa de Familia, las implicancias de su ingreso como "Familia de Sector", las características generales del Plan propuesto, tomando expresamente en cuenta las necesidades de los usuarios. Lo anterior se refiere principalmente a aclarar expectativas, demandas, "deberes" y "derechos", tanto de la familia como del equipo de salud, para promover un trabajo conjunto.

En esta etapa se implementan todas las actividades específicas y particulares definidas para los miembros de la familia involucrados en el plan de acción. En esta etapa las personas pueden ser enviadas a atenciones de salud otorgadas por los programas tradicionales del Centro si esto es necesario.

Ya en la etapa anterior, comienzan dos actividades que se mantienen durante todo el trabajo

con las familias en el Programa: la *Asesoría del Jefe de Sector*, la cual consiste básicamente en la participación del jefe de sector en algunas de las reuniones periódicas de los subequipos y la *Auditoría del Jefe de Sector*. Ambas actividades tienen el objetivo de analizar en conjunto los problemas encontrados, los avances alcanzados, y todo el desarrollo del plan de intervención así como supervisar la puesta al día de los registros.

Es importante señalar que la etapa de la Ejecución del Plan de Intervención considera –hasta diciembre de 1998– la realización de *Asesorías Externas* a cargo de un equipo de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica. Estas asesorías tienen el objetivo de permitir, desde una perspectiva externa, profundizar, apoyar y continuar con el trabajo que los subequipos realizan con las familias en aquellas en que se observan especiales dificultades o entrapamientos en el cumplimiento del plan.

#### *Etapa de Evaluación*

La etapa de la Evaluación se realiza luego de seis meses del ingreso de la familia al Programa en reunión de sector, con la participación de todo el equipo. La idea es realizar una evaluación global de la ejecución y desarrollo del Plan de Intervención, con el objetivo de decidir, de acuerdo a criterios cualitativos relativos al plan propuesto, el curso de la familia, es decir, si ésta es dada de *alta* o bien pasa a *seguimiento*.

El alta debe darse en función del cumplimiento del plan propuesto, en cuanto a sus objetivos y metas. Los criterios de alta en todos los casos son el cumplimiento de las metas, la eliminación y/o el manejo más adecuado de los factores de riesgo, una mayor atención y protección de salud de los miembros más vulnerables, un mayor conocimiento, inserción y/o utilización de las redes comunitarias. En otras situaciones, el caso familiar es cerrado por el no cumplimiento de compromisos acordados por parte de la familia (“alta disciplinaria”), u otras razones externas al Programa.

El seguimiento se aplica en el caso de que luego del plazo señalado el subequipo en conjunto con todo el equipo de sector consideren necesario prolongar el período de permanencia de la familia en el Programa, dado que han surgido nuevos problemas necesarios de abordar, o bien que el plazo, dadas las características propias de la familia y del trabajo realizado por parte del equipo, no ha sido suficiente. El caso de una familia en seguimiento se controla a través de un sistema

de monitoreo de todas las acciones de los programas tradicionales si el caso indica.

#### **Evaluación de servicios de salud**

La evaluación es un elemento indispensable en el desarrollo de programas de salud. Esto se debe, por una parte, a la progresiva conciencia que el sentido común o las visiones no sistematizadas no son criterios válidos para juzgar el desarrollo de un programa y que la buena disposición de los equipos de salud es insuficiente para llevar a cabo un programa en forma adecuada. Por otro lado, es importante reconocer que debido a la limitación de recursos destinados a programas de salud, se impone la necesidad de plantear una relación costo-beneficio a partir de los datos entregados por una evaluación. A esto se suma finalmente el hecho que se han desarrollado y están disponibles instrumentos estadísticos, soporte informático, técnicas derivadas de las ciencias sociales, que se constituyen en importantes herramientas básicas para la metodología de evaluación.

Donabedian (1984) afirma que la evaluación de la calidad de un proyecto de salud implica considerar las dimensiones de estructura, procesos y resultados. La *estructura* alude a los recursos humanos, físicos y financieros que se requieren para proporcionar la atención. Abarca el número, distribución y calificación del personal, el número, tamaño y disposición geográfica del lugar donde se lleva a cabo el proyecto y otras instalaciones complementarias, el modo de organizar la prestación de servicios, la manera en que el personal asistencial realiza su trabajo y la forma en que es retribuido, la organización del personal asistencial del equipo, la presencia o ausencia de revisión de la calidad prestada, entre otros.

La dimensión de *proceso* incluye las actividades que han sido realizadas para conseguir los objetivos del programa y la forma en que han sido llevadas a cabo. A este respecto, se consideran básicamente dos ámbitos: el grado de actividad del programa y el grado de adecuación del contenido de las actividades. El primero corresponde al monitoreo de la actividad en relación a una meta deseable previamente establecida. El segundo corresponde al control de calidad de las actividades y consiste en comparar cómo se han llevado a cabo en relación a un estándar deseable fijado en la planificación de cada actividad.

El *resultado* incluye tanto los cambios en el estado actual y futuro de la salud de la población objeto del programa, como los cambios en las ac-

titudes de los pacientes, el conocimiento que hayan adquirido sobre la salud y los cambios de comportamiento relacionados con la salud.

Específicamente la evaluación en la Atención Primaria se refiere al análisis de las diferencias entre lo planificado como hipótesis de trabajo, las acciones ejecutadas y los resultados obtenidos, teniendo en cuenta los recursos empleados. El objetivo final será evaluar el impacto de la acción prestada y comprobar en términos cualitativos y cuantitativos el progreso de salud conseguido con las actividades contenidas en un determinado programa.

Es importante reconocer las limitaciones que tienen los procesos de evaluación en la Atención Primaria. Los cambios de salud están provocados muchas veces por elementos ajenos al sector, como el sector económico y/o el sector social. Por otro lado, la evaluación de variables psicosociales son de difícil objetivación y cuantificación. Por este motivo, se deben establecer indicadores sensibles y fidedignos para la identificación de los cambios percibidos en la calidad de la atención. Otra limitación es la resistencia que puedan ejercer los miembros del equipo de salud para no aceptar un proceso de evaluación y los resultados como válidos. Por otra parte, la evaluación en Atención Primaria es más dificultosa que en otros niveles del sistema de salud, debido a los problemas estructurales que soporta y a sus propias características: poca documentación clínica, la relación con los pacientes es intermitente, mayor libertad de decisión del paciente, importante componente psicosocial en muchos problemas de salud, mayor separación del personal de salud, menor experiencia en evaluación, rotación del personal, entre otras (Scharager, 1990; Florenzano, 1991).

La calidad es un punto focal en cualquier intento de suministrar atención en salud. Para los usuarios la atención de calidad satisface sus necesidades percibidas, aliviando los síntomas en forma efectiva y previniendo posibles enfermedades, manteniéndolos así en un nivel satisfactorio de salud. Para el proveedor, la atención de calidad implica la libertad de hacer todo lo apropiado para mejorar la condición de salud del paciente y de la comunidad de acuerdo con los recursos con los que cuenta. Para el administrador, la atención de calidad está relacionada en forma menos directa con su trabajo diario; sin embargo, resulta igualmente importante ya que la concentración en la calidad puede organizar la administración del personal, los usuarios y la comunidad. Así, parece claro que la garantía de calidad no debería ser una

actividad marginal, sino más bien una fuerza motivadora en toda organización efectiva (Di Prete *et al.*, 1990).

La *calidad de la atención* es un concepto integral y polifacético, que Donabedian (1984) conceptualiza como "la aplicación de la ciencia y la tecnología médica en forma que maximice sus beneficios para la salud sin un aumento proporcional de sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que la atención suministrada logra el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios" (Donabedian, 1984, p. 4).

Di Petre *et al.* (1990) definen seis principios básicos que resumirían los supuestos esenciales de la garantía de calidad: (1) depende del liderazgo que ejerza la dirección y el compromiso de los directivos de nivel alto y medio, siendo esencial su respaldo para que el mejoramiento sea continuo; (2) se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y la comunidad, exigiendo un compromiso por parte del equipo de salud para satisfacer dichas demandas; (3) estimula un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad, promoviendo la participación de todos los sectores involucrados; (4) otorga poder a todos los miembros del equipo de salud para mejorar la calidad al ofrecerles capacitación y respaldo técnico; (5) utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios, lo que permite a los proveedores de atención de salud y a los directivos tener una comprensión en profundidad del problema y encarar sus causas; y (6) es parte integral del sistema de administración ya que es un proceso orientado a las acciones y medidas que mejorarán la calidad.

El proceso de garantía de calidad en la práctica es un proceso cíclico que debe aplicarse en forma flexible para satisfacer las necesidades de un programa específico. Según Di Petre *et al.* (1990) el proceso de garantía de calidad consta de los siguientes pasos: (a) planificación de la garantía de calidad; (b) fijación de normas y especificaciones; (c) comunicación de normas y especificaciones; (d) vigilancia de la calidad; (e) identificación de problemas y oportunidades de mejora o prevención; (f) fijación de prioridades; (g) definición operacional del problema; (h) selección del equipo; (i) análisis y estudio del problema; (j) elaboración de soluciones y medidas para el mejoramiento; y (k) instrumentalización y evaluación de esfuerzos de mejora de calidad.

Saraceno y Levav (1992), intentando generar un modelo de evaluación global, definen varios

ejes en la evaluación de servicios de salud comunitaria: *la calidad social, la calidad técnica, la calidad económica y la eficiencia práctica*. En el caso de un programa asistencial, la calidad social se puede definir como *la aceptabilidad y accesibilidad* al servicio por parte de la comunidad. El concepto de calidad técnica está dado por el *nivel de capacitación*, es decir, el grado en que se aplican conocimientos y experiencia, teniendo en cuenta la realidad concreta en la cual se evalúa y la adecuación del proceso de atención a las necesidades de salud. La calidad económica se puede definir como *la eficiencia*, esto es, la relación entre los insumos y los resultados, es decir, entre la cantidad de prestaciones brindadas y la cantidad de recursos económicos y humanos invertidos. La eficiencia práctica representa lo que una medida en condiciones de rutina puede alcanzar, no en términos de condiciones experimentales sino en las condiciones habituales de servicio.

Los indicadores de aceptabilidad de un programa son la satisfacción tanto del usuario como la del equipo de trabajo. En general, el evaluar satisfacción entrega información sobre la calidad de la atención y sobre las actitudes que se pueden esperar tanto del equipo como de los usuarios en relación al programa. Atinente a la satisfacción por parte del equipo de salud, es importante tomar en cuenta los factores motivacionales intrínsecos y extrínsecos y subrayar el mayor poder que a este respecto tiene la motivación intrínseca (Salinas-Oviedo *et al.*, 1994).

En relación a la satisfacción usuaria es importante reconocer las expectativas que se hayan formado los que acceden a los servicios entregados por el programa y el nivel de cumplimiento de éstas. Expectativas como cortesía, trato personalizado, ambiente agradable, tiempos de espera reducidos, privacidad, información médica completa, personal calificado, diagnósticos y tratamientos eficientes, influyen en el nivel de satisfacción de los usuarios de un programa (*op. cit.*).

La satisfacción del equipo debe ser medida tanto por las expectativas de la institución como del trabajador. En este sentido, la institución se basaría en índices como oportunidad, costos, morbilidad y ausencia de quejas. El trabajador esperaría calidad, satisfacción laboral, equipo e instrumental apropiados, reconocimiento de sus superiores, remuneraciones adecuadas a su nivel, participación en la toma de decisiones, clima intragrupal adecuado y claridad de objetivos y metas, entre otros factores (*op. cit.*).

Los indicadores considerados para evaluar la accesibilidad al programa son las *visitas domiciliarias* y el registro de un *mapeo geográfico* de la ubicación de las familias atendidas hasta ese momento (Robles, 1994). Las técnicas cualitativas, como las visitas domiciliarias, son utilizadas como elementos de síntesis para recoger aspectos relativos a necesidades y problemas de salud. Pueden ser de gran utilidad para reconocer las creencias y percepciones concernientes a la salud, protección y recuperación de la misma y utilización de los recursos disponibles. El mapeo geográfico sirve de apoyo para el análisis de la situación ya que posibilita el manejo de la dimensión espacial de la cobertura del Programa y las características urbanas y sanitarias de las familias atendidas.

Los indicadores de la calidad técnica del equipo de salud implican dos aspectos: *índices de capacitación* del equipo y un análisis crítico de la *estructura y del proceso de atención* de las familias. Para lo primero se consideraron como indicador los antecedentes curriculares de cada miembro del equipo en términos de formación en temas considerados relevantes para el programa, una evaluación de los jefes en cuanto a conocimientos y destrezas para el trabajo con familias y una encuesta de autoevaluación de todos los participantes del programa. El análisis de la atención implicó indicadores de operatividad del flujograma de las familias, perfeccionamiento del sistema de registros, capacidad técnica de implementación de las estrategias de intervención.

La calidad económica del Programa se evaluó en base a los *resultados de costos* –gastos en recursos humanos, por programas años 1994 y 1995 de las familias tratadas en el Programa de Familias en Riesgo–, y a *la eficiencia de recursos* –total de actividades realizadas y su relación con resultados positivos o negativos, por estamentos profesionales, para las familias ingresadas en 1995–.

La eficiencia práctica es la dimensión que permite concluir la eficacia del programa de acuerdo a un análisis cualitativo y cuantitativo de todos los indicadores anteriores dando cuenta de la relación *costo-beneficio del programa*, no en términos teóricos sino que en la aplicación concreta del mismo. Aquí deben detectarse las bondades y dificultades del diseño e implementación del programa de atención de familias en riesgo biopsicosocial, en el contexto particular de evaluación



## METODO

De acuerdo al modelo señalado se diseñó una evaluación del Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial, desde su gestión inicial 1994 hasta el año 1995. Este diseño implicó para cada dimensión del modelo, con sus respectivas variables, definir indicadores e instrumentos apropiados para su medición. En algunos casos se adecuaron instrumentos de acuerdo al contexto específico del Programa de Familias y del Consultorio, y en otros fue necesario construir nuevos, específicos según las variables a medir.

Se presenta a continuación cada una de las dimensiones y variables medidas señalando los indicadores, instrumentos y participantes. Esta información se resume en la Tabla 1.

### Calidad Social

Para la aceptabilidad los indicadores utilizados fueron la satisfacción con el programa por parte de los miembros del equipo de salud; de los usuarios; de las autoridades de salud y finalmente de los dirigentes comunales. En el caso de la satisfacción por parte del equipo de salud, se combinó la información obtenida del Test de Clima Organizacional de Litwin y Stringer (1968, en la adaptación chilena de Morales, Manzi & Justiniano, 1984) administrada a todo el equipo de salud del Centro (68 participantes), y de una encuesta de autoevaluación respondida por todos los miembros de los equipos de salud familiar (26 personas).

Para la aceptabilidad del programa por parte de los usuarios se construyó una encuesta siguiendo como modelo la utilizada en la evaluación de la calidad de la atención en salud en la Comuna de La Florida realizada en mayo de 1994 (Sáez, Medina, Zenteno, Carvacho & Quezada, 1994). Esta encuesta consta de dos formas: Consultantes generales (32 ítems) y Consultantes del Programa de Familias (45 ítems). Fue respondida por un total de 226 usuarios.

La aceptabilidad por parte de las autoridades de salud, de los dirigentes comunales y monitores de salud se midió con entrevistas semiestructuradas. Para las autoridades (10 personas) las entrevistas fueron individuales; en el caso de los dirigentes comunales se realizaron entrevistas grupales con un total de 22 personas.

La *accesibilidad* fue medida a través de un mapeo geográfico de las familias atendidas en el programa, utilizando el programa computacional

MAPINFO. Esta información se complementó con aquella proveniente de los ítems de la encuesta de satisfacción usuaria referidos al acceso al programa. El territorio de este Centro de Salud es uno de los que concentra mayor cantidad de población de extrema pobreza de la Comuna de La Florida.

### Calidad Técnica

La *capacitación de los equipos de salud* fue medida a partir de una evaluación realizada por los jefes de sector y una autoevaluación de todos los miembros del equipo de salud, construyéndose en ambos casos encuestas que incluían ítems referidos a los cursos, talleres u otras actividades formativas efectuados, nivel de manejo conceptual y técnico de procedimientos del programa, habilidades generales y específicas para el trabajo con familias, entre otras. Con miras a diseñar estrategias de capacitación adecuadas a las necesidades, se construyó un perfil de las habilidades y temáticas más relevantes para el desarrollo del programa. Estas encuestas fueron respondidas por la totalidad de los miembros de equipo del Programa de Familias (28 personas) y por los jefes de sectores (2) que evaluaron a cada miembro de su equipo, poniendo una nota de 1 a 7 para cada ítem.

Adicionalmente, los investigadores realizaron un estudio de la formación de cada profesional de la salud de acuerdo a sus antecedentes curriculares.

El *análisis de los procedimientos y estructuras del programa* implicó una evaluación del equipo de salud de todos los sistemas de registro del programa, definición operativa de cada una de las etapas de la atención de familias, se construyó la canasta de prestaciones y se establecieron los respectivos procedimientos y sistemas de evaluación. Se revisó la estructura organizacional y su concordancia con el funcionamiento de la atención de familias.

Indicadores específicos del *clima organizacional* fueron considerados como un indicador indirecto de la calidad técnica del programa.

### Calidad Económica

La evaluación de la calidad económica se realizó a través de una evaluación de la eficiencia del programa en la que se determinó la cantidad de prestaciones realizadas en el programa así como la cantidad de recursos invertidos en ello. Se calcularon costos humanos y físicos de la atención de las familias en el programa, diferenciando las

TABLA 1

## Modelo de evaluación del Programa de Familias

Dimensión	Variable	Indicador	Instrumento	Participantes
CALIDAD SOCIAL	<i>Aceptabilidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Satisfacción Equipo de Salud</li> <li>• Satisfacción usuarios</li> <li>• Satisfacción Autoridades Salud</li> <li>• Satisfacción Dirigentes comunales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clima Organizacional</li> <li>• Encuesta de Autoevaluación</li> <li>• Encuesta de satisfacción usuaria</li> <li>• Entrevistas</li> <li>• Entrevistas Grupales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de Salud</li> <li>• Equipo de Salud</li> <li>• Usuarios Programa Familias</li> <li>• Usuarios Programas tradicionales</li> <li>• Autoridades Ministeriales y Comunales</li> <li>• Dirigentes Comunales</li> <li>• Monitores de Salud</li> </ul>
	<i>Accesibilidad</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapeo geográfico</li> <li>• Satisfacción usuaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapeo Geográfico</li> <li>• Encuesta Satisfacción Usuaria</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias en Riesgo</li> <li>• Usuarios</li> </ul>
CALIDAD TECNICA	<i>Capacitación Equipos de Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cursos</li> <li>• Talleres</li> <li>• Actividades formativas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación Jefes</li> <li>• Autoevaluación</li> <li>• Evaluación de antecedentes curriculares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jefes de sectores</li> <li>• Equipo de Salud</li> </ul>
	<i>Análisis de procedimientos y estructura</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clasificación de riesgo</li> <li>• Ingreso al Programa</li> <li>• Proceso de Atención</li> <li>• Resultados de la atención</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pauta de Riesgo</li> <li>• Sistema de registros</li> <li>• Tipo de acciones realizadas</li> <li>• Canasta de prestaciones</li> <li>• Criterios de Alta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familias en Riesgo</li> </ul>
CALIDAD ECONOMICA	<i>Eficiencia</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantidad de prestaciones</li> <li>• Recursos utilizados</li> <li>• Actividades por estamentos</li> <li>• Eficiencia del recurso</li> <li>• Índice costo-beneficio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gasto según valores de prestaciones '95</li> <li>• Costos en recursos humanos</li> <li>• Auditoría de fichas</li> <li>• Indicadores oficiales Ministerio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Director Centro de Salud</li> </ul>
EFICIENCIA PRACTICA	<i>Nivel de Salud</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Factores de Riesgo</li> <li>• Funcionamiento familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clasificación de Riesgo</li> <li>• Test "Cómo funciona SU familia"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarios</li> </ul>
	<i>Relación Costo-beneficio</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalezas</li> <li>• Beneficios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Análisis cuantitativo y cualitativo de datos obtenidos en 3 dimensiones precedentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipo de Salud</li> </ul>

actividades de cada estamento del equipo multidisciplinario a cargo de las familias (auxiliar paramédico, enfermera, matrona, nutricionista, asistente social, médico) y se compararon con los gastos efectuados en los programas tradicionales de atención.

La metodología implicó realizar una auditoría de las fichas centrales de los integrantes de las familias (442 fichas activas) durante el año 1994. Para el año 1995 se realizó lo mismo agregando las acciones específicas del programa de familias (auditoría de las 72 fichas familiares).

La evaluación se dividió en dos áreas: (a) resultados de costos comparando el gasto en recursos humanos por programas de las 72 familias tratadas en el Programa de Familias, entre el año 1994 (sólo los programas tradicionales) y el año 1995 (con el Programa de Familias funcionando); y (b) análisis de la eficiencia de recursos, que se refiere al cálculo del total de actividades realizadas (diferenciando aquéllas con resultados positivos, las pérdidas y las mal registradas) por cada estamento.

## RESULTADOS

### Evaluación de la calidad social del Programa

La *aceptabilidad* al Programa de Familias por parte del *Equipo de Salud* de acuerdo a la evaluación global de clima organizacional, controlando las variables de estamentos, sector y pertenencia o no al Programa de Familias en Riesgo, mostró una diferencia entre el perfil de clima de las personas que trabajan en el Programa de Familias en Riesgo y aquellos miembros del consultorio que no trabajan en él. Todos los aspectos medidos mostraron un promedio mayor en el primer grupo, con excepción de la variable motivación que es igualmente alta en ambos grupos. Las personas que pertenecen al Programa de Familias perciben al Consultorio con una mejor estructuración, con relativamente mayores posibilidades de desarrollo profesional, mejor equipo de trabajo, mayor calidez en las relaciones interpersonales, mayores recompensas y mejor estilo de supervisión. Lo anterior da cuenta que la participación en este programa tiene una influencia positiva en los equipos de salud, mejorando su contexto laboral y satisfacción personal, lo que indirectamente indica una mayor aceptación del programa y mayor calidad del mismo (Hidalgo, Cabezas & Colados, 1998).

La encuesta construida para evaluar específicamente la percepción de los miembros del equipo de salud que trabajan en el Programa de Familias en Riesgo respecto a la aceptación del modelo y su utilidad, arrojó una muy buena aceptabilidad por parte de los miembros del equipo de salud. La mayoría consideró que el enfoque familiar era la estrategia más adecuada para resolver los problemas de salud de la población (80%) y sólo un bajo porcentaje (8%) la consideró inadecuada. No obstante un porcentaje apreciable la reconoce como una estrategia difícil (ver Tabla 2).

TABLA 2

### Aceptabilidad de la atención

El trabajo con familias en general le parece	%
Muy difícil	12
Muy difícil pero es una estrategia adecuada	28
Muy difícil y una estrategia inadecuada	0
Relativamente fácil y estratégicamente adecuada	16
La mejor forma de abordar los problemas de salud	36
Inadecuada pero es la política del Consultorio	8

*Nota* Resultados de la Encuesta de Autoevaluación para miembros del Equipo de Salud

En la medición de la aceptabilidad del Programa de Familias por parte de las *Autoridades de Salud Ministeriales y Comunales*, las personas entrevistadas mostraron tener conocimiento del Programa y lo consideraron una iniciativa interesante, dado que responde a las necesidades planteadas en el diagnóstico comunitario comunal. Sin embargo, se mostraron cautelosas de su proyección dado que es una iniciativa que requiere inversión y capacitación de los equipos de salud y que el Sistema de salud no está adaptado a indicadores de salud que no sean "duros" (morbilidad, mortalidad). En definitiva, es claro que la viabilidad dependerá de una evaluación de costo-beneficio, y que mientras no sea aprobada su eficiencia es poco realista esperar apoyo de las autoridades del nivel comunal y central.

Adicionalmente se planteó en el municipio que, si bien se reconoce la magnitud del problema de salud mental de la comuna, éste no está en condiciones de implementar programas de salud mental, dado que no se tienen recursos suficientes ni programas evaluados como eficientes.

Las autoridades sugirieron: dar a conocer este programa a nivel local; que los Jefes de Programas tradicionales estén convencidos de la utilidad en función de una exhaustiva evaluación de costo-beneficio (en este sentido apoyaron esta investigación y su seguimiento); definir criterios de evaluación e indicadores para que sean comparables los datos con el sistema de evaluación general de los programas; definir planes de atención por tipos de familias, para lo que es necesario conocer el tipo de familia que requiere más preocupación en la comuna; y la necesidad de capacitar y detectar personal de salud que tenga un perfil adecuado para trabajar en un programa de esta naturaleza.

Por último, la aceptabilidad de este Programa por parte de los *usuarios* indica en sus aspectos más relevantes de satisfacción y de valoración global de la atención de salud en este programa, que una gran mayoría considera muy bueno (77%) o bueno (6%) que exista este programa en el Consultorio, indicando una aceptación global del 83% de las personas atendidas en él. La encuesta indica que son las madres (34%) y los hijos (44%) quienes principalmente hacen uso del programa y sólo un 8% de los padres han participado en él. Es significativo que un alto porcentaje de encuestados (83%) prefiere ser atendido por la misma persona en sus consultas, procedimiento que acontece sólo en este Programa. Sin duda la aceptabilidad de un programa es consecuencia de su calidad técnica y humana y, en este sentido, al poner nota a la atención que les brinda este Consultorio, las tres cuartas partes de los usuarios lo evalúan muy positivamente (ver Tabla 3).

Es importante destacar que la atención del Programa de Familias es considerada mejor que la atención dada en los distintos programas tradicionales, evaluada con el mismo instrumento en una muestra aleatoria de usuarios del Consultorio.

Dado que el Programa de Familias está dirigido a las familias más pobres y con baja asistencialidad, muchas de ellas fueron invitadas a participar en este programa. Los datos indican que este programa en general es bien recibido por la comunidad, que es una ayuda importante para los problemas de salud y un apoyo para las familias. Nadie señaló que este Programa significara una invasión a la privacidad familiar.

TABLA 3  
Evaluación global de la atención de Consultorio

Nota a la atención del Consultorio (Nota 1 a 7)	Programa de familias %	Consultantes generales %
Mala a regular (1 a 4)	5,7	6,4
Aceptable (5)	17,0	33,0
Buena (6)	37,7	37,6
Muy buena (7)	37,7	23,1

Nota Resultados de la Encuesta de Satisfacción Usuaría

TABLA 4

Apreciación de los usuarios sobre los efectos de su ingreso al Programa de Familias

Cuando el Consultorio decide su ingreso al Programa de Familias usted considera que:	Programa de Familias %
Es un apoyo para las personas de la familia	41,5
Implica una ayuda importante para los problemas de salud	26,0
Implica una preocupación por la población que atiende	22,6
Genera más dificultades	5,8
Es una molestia porque implica muchas citaciones	3,8
Es una invasión a la privacidad familiar	0

Nota Resultados de la Encuesta de Satisfacción Usuaría

La participación en el programa es interpretada por el 90% de los usuarios como un aporte para las familias. Únicamente un 10% manifiesta que este programa le genera algún tipo de problema. En otro ítem, se aprecia que más del 75% considera positivamente el hecho que se cite a otros miembros de la familia cuando se detectan problemas.

En relación al trato personal, se destaca la muy buena evaluación que los usuarios hacen de las asistentes sociales, matronas y médicos del Consultorio, mientras que las más bajas corresponden al estamento administrativo. Los otros estamentos

—enfermeras, auxiliares paramédicos, nutricionistas, kinesiólogos y dentistas— están en un rango intermedio. Debe señalarse que este aspecto siempre es considerado igual o mejor cuando se compara con la evaluación de consultantes generales.

Los usuarios reportan consistentemente tener poca información respecto al Programa de Familias, desconocimiento respecto de dónde obtener esta información (43%) e incluso desconocimiento respecto a la pertenencia al Programa (53%). Esto último constituyó una importante dificultad para la aplicación de la encuesta e implicó ser cautelosos frente a algunos resultados, ya que desde los usuarios no existe una clara diferenciación de este Programa particular y los otros del Consultorio.

Los *dirigentes comunales y monitores de salud* mostraron un desconocimiento casi total del Programa de Familias, que se explica por la desconexión que se ha producido en el último tiempo entre el Consultorio y los dirigentes y monitores. Sin embargo, expresaron un gran interés por este nuevo Programa, evaluando muy positivamente que desde el Consultorio existiera una preocupación por aquellas familias más pobres de la comuna y que necesitan una atención más integral. Se mostraron muy motivados a participar en él en diferentes roles, desde informar de su existencia a la comunidad, realizar labores de detección precoz de riesgo, participación en actividades educativas con la comunidad, activación de redes, etc.

La *Accesibilidad al Programa de Familias*. El mapeo geográfico mostró que la mayoría de las familias atendidas en el Programa se concentra en las unidades vecinales N° 11 y N° 13, cubriendo la mitad del total de familias atendidas. Le siguen las unidades vecinales N° 21 y N° 11 que son las zonas en donde se concentran más familias pobres, y las unidades vecinales N° 12 y N° 22 son las que poseen más familias con riesgo mixto, biomédico y psicosocial. Esto significa que efectivamente se está accediendo a las familias de más bajos recursos.

Los usuarios afirman en su mayoría, a través de la encuesta de satisfacción usuaria, que no les es difícil llegar al centro de salud (68%). Las personas que manifiestan problemas de acceso constituyen un número no despreciable (28%), y entregan como razones la lejanía del Consultorio respecto de su casa y la falta de dinero para locomoción.

## Evaluación de la calidad técnica del Programa

El *nivel de capacitación del equipo de salud* fue evaluado a través de la revisión de los antecedentes curriculares de los equipos de salud, e indicó que los cursos de capacitación realizados por los funcionarios corresponden básicamente a salud física y una proporción muy menor al área psicosocial. El promedio de horas de capacitación en esta área corresponde a menos de la mitad del promedio de la categoría de cursos de administración y salud pública y a menos de la mitad de las horas destinadas al área de salud física (ver Tabla 5).

TABLA 5

Áreas de capacitación según antecedentes curriculares

Áreas de capacitación	%
PSICOSOCIAL (salud mental, relaciones humanas, autocuidado, psicología, educación)	13,5
ADMINISTRACIÓN O SALUD PÚBLICA (programación, gestión salud comunitaria, metodología)	29,7
SALUD FÍSICA (diagnóstico, tratamiento, técnicas, prevención)	56,8

*Nota* Resultados de la revisión de antecedentes curriculares de los miembros del Equipo de Salud.

Los jefes de los equipos de salud, en la evaluación del perfil de habilidades generales para el trabajo con familias, hicieron una muy buena evaluación general del trabajo en equipo, mientras que se registró una nota promedio baja en relación a las tareas de actualización de registros, la capacidad de priorizar intervenciones y del seguimiento de los casos. Lo anterior deja en claro el hecho de que no está aún consolidado adecuadamente el proceso de atención de familias, dada la necesidad de cambios sustanciales respecto a la atención tradicional.

En el área referida a conocimientos, los jefes perciben un promedio aceptable respecto a la internalización del Modelo Integral para familias (biopsicosocial), así como una conceptualización de la pobreza más flexible y menos prejuiciosa, elemento fundamental para trabajar con esta po-

blación. En este aspecto hay variaciones significativas de acuerdo a los diferentes estamentos, siendo las asistentes sociales las mejor evaluadas, mientras las más bajas son las enfermeras, nutricionistas y en algunos ítemes las auxiliares paramédicos.

Por otra parte, la nota promedio obtenida en cuanto a la posibilidad de realizar intervenciones terapéuticas, educativas, comunitarias o de redes en forma satisfactoria en el Programa de Familias, es regular. En cambio, se evalúa muy bien la posibilidad de usar las redes intraconsultorio en cuanto a los programas tradicionales existentes.

Finalmente, en cuanto a las habilidades específicas para el trabajo con familias, los jefes evalúan un manejo promedio aceptable de técnicas tales como la entrevista con foco familiar, la capacidad de escuchar y la neutralidad. Donde claramente se detectan deficiencias es en la capacitación en temáticas y problemas de alta incidencia en estas familias, como violencia intrafamiliar, alcoholismo, maltrato infantil y habilidades técnicas para el manejo familiar de problemas complejos en familias muy dañadas.

La autoevaluación en sus aspectos más relevantes muestra que las principales dificultades en el trabajo con la familia pasan por la imposibilidad de satisfacer las demandas que hacen las familias y la auto percepción de no tener las herramientas técnicas para resolver adecuadamente los problemas que ellas presentan. Esto provoca fuerte estrés y angustia frente a la impotencia de ser eficientes. También señalan dificultades para motivar a las familias a que participen en ciertas actividades y que cumplan las indicaciones. Se sienten muy empáticas con las familias, capaces de realizar adecuadamente las entrevistas domiciliarias y con buen trabajo de equipo. Hay algunas diferencias según los estamentos en estas variables pero en general se mantiene la tendencia.

Hay también aspectos deficitarios en temáticas de salud de alta prevalencia de consulta. Destaca dentro de los problemas psicosociales el tema de la pobreza, problemas de conducta en niños, vínculos padres-hijos, trastornos emocionales, abuso de sustancias, abuso sexual y varios otros.

En la evaluación de los *componentes de estructura, proceso y resultados de la atención de las familias*, otro aspecto de la calidad técnica del Programa de Familias, se revisaron exhaustivamente los procedimientos utilizados para el ingreso de las familias, los sistemas de registro, el tipo de acciones llevadas a cabo, la forma de intervenir y el proceso de atención.

El análisis del ingreso reveló que las vías de ingreso eran fundamentalmente biomédicas y asociadas a personas consultantes, es decir, dejando excluidas a aquellas familias que no consultan habitualmente al Consultorio. Por otra parte, la Pauta de Clasificación de Riesgo era muy general, con un claro énfasis biomédico e inespecífica para los aspectos psicosociales. El punto de corte establecido hacía que ingresaran al programa las familias con algunos factores de riesgo biomédico, pero que no necesariamente presentaban una condición de riesgo familiar. Además, no se evaluaban recursos familiares ni potencialidades para la modificación de la situación.

Al analizar los procedimientos del trabajo con familias, se evaluó que no existían criterios uniformes ni sistematizados, que los registros eran insuficientes e inadecuados, que no existía un flujo claramente definido, que no existía claridad en la definición de funciones de los grupos interdisciplinarios ni de los subgrupos que se hacían cargo de las familias. Dado lo anterior, se elaboró un Manual para el Trabajo con Familias en donde se establecieron criterios, procedimientos y orientaciones para el trabajo con estas familias y que rige el funcionamiento del programa desde julio de 1997.

La capacidad resolutoria del Programa indicada por los usuarios señala que en el 62% percibe que el problema por el cual consultó fue solucionado y en 60,4% de los casos el tratamiento e indicaciones dadas le hicieron bien. Estas cifras son levemente más baja que en los consultantes generales, sin alcanzar diferencias estadísticas. Sólo un 3,8% dice que después del tratamiento está peor y el 7,5% que las indicaciones no le sirvieron para mejorar el problema (ver Tabla 6).

Respecto a las familias dadas de alta, de acuerdo al criterio fijado previamente de un cumplimiento de al menos el 80% de las actividades planificadas para el tratamiento de la familia, se logró un 71% de familias dadas de alta. De éstas, lograron una recuperación total el 85% de las familias que presentan exclusivamente riesgo biomédico. Las de riesgo mixto presentan un 76% de recuperación total, implicando un 80% de recuperación total las familias que se dieron de alta.

Cerca de un 20% de las familias que fueron dadas de alta pero que lograron sólo una recuperación parcial se debió fundamentalmente al abandono por traslado de la comuna. Las familias que no fueron dadas de alta entraron a un seguimiento cada tres meses para observar su evolución.

TABLA 6

Capacidad resolutive equipo de salud

Considerando la última vez que consultó	Programa de Familias %	Consultantes Generales %
<b>A. EL PROBLEMA POR EL CUAL CONSULTÓ</b>		
Se solucionó	70,6	62,3
Sigue igual como llegó	21,3	18,9
Está peor que antes	4,1	3,8
No contesta	4,1	15,1
<b>B. ¿QUÉ LE PARECE EL TRATAMIENTO Y LAS INDICACIONES QUE LE DIERON?</b>		
Bueno, le hizo bien	66,5	60,4
Permitieron solucionar completamente el problema	10,0	7,5
No le sirvieron para mejorar su problema	11,8	7,5
No pudo seguir las indicaciones	3,2	1,9
No consideró adecuadas las indicaciones a su problema	3,2	5,7
No contesta	0	17,0

Nota Resultados de la Encuesta de Satisfacción Usuaria

La evaluación de la Dirección del Consultorio presenta indicadores de resultados que señalan para los diferentes estamentos involucrados en el Programa de Familias, una eficiencia que va desde el 93% en los médicos hasta solamente un 50% en las nutricionistas (ver Tabla 7). El porcentaje restante de las actividades fueron evaluadas como ineficientes o bien no estaban registradas adecuadamente. Las actividades de las asistentes sociales carecen de definición, por lo cual no pudieron ser categorizadas. Algo similar ocurre con las actividades de salud mental ya que éstas no están oficialmente integradas por ser realizadas por profesionales que no pertenecen a la planta de funcionarios (alumnos en práctica profesional de psicólogo).

TABLA 7

Porcentajes de actividades efectivas (realizadas)

Estamento	Actividades %
Matrona	67,0
Nutricionista	49,2
Enfermera	56,0
Médico	93,0

Nota Resultados de la evaluación de costos en recursos humanos

### Evaluación de la calidad económica del Programa

Las 72 familias tratadas en el programa durante el año 1995 corresponden a 450 personas, las que a su vez representan el 1% del total de población asignada en ese tiempo al Consultorio. La meta fue tratar al 5% de las familias de extrema pobreza del sector, lográndose sólo un 3% de cobertura. Como se observa en la Tabla 8, el Programa de Familia tuvo un costo adicional de \$ 1.424.037 para el año 1995, lo cual corresponde a un 1.6 veces más que el costo de los programas oficiales en 1995. Esto significa un costo de 0,8% del total de gastos del Centro de Salud, respecto a los recursos humanos.

TABLA 8

Costos de programas año 1994/1995 de las 72 familias tratadas

	Programas tradicionales	Programa de familias	Diferencia de costos (\$)
Total \$ 1994	848.578,10	-	-
Total \$ 1995	843.024,74	2.267.061,74	1.424.037,00
Diferencia 94/95	5.553,00	-	-

Nota Resultados de la evaluación de costos

Adicionalmente debe observarse que el gasto para este grupo de familias en relación a los programas tradicionales significó una leve disminución, que es insignificante en esta etapa.

En cuanto a costos, el per cápita de la Comuna de La Florida era \$ 6.840 por habitante por año y este programa tuvo un costo anual por habitante de \$ 1.959, lo cual representa una cifra razonable. Si a esto se le agrega el costo de los otros programas del Consultorio, en estas mismas familias se gastaron \$ 1.838 por persona al año, lo cual da un total de gasto anual por persona de \$ 3.797, siendo aún inferior al per cápita de la comuna. El recurso humano más utilizado fue sin duda la asistente social, luego médico y matrona. No se contempla el recurso psicólogo, por cuanto no existe.

TABLA 9

Promedio de actividades por estamento y familia atendida

Estamento	Promedio	Costo (\$)
Médico	3,00	1.613,00
Enfermera	1,70	875,00
Matrona	2,30	1.183,00
A. Social	7,00	7.203,00
Nutricionista	1,20	617,00
Auxiliar Paramédico	1,40	264,00
Total	16,60	11.755,00

Nota Resultados de la evaluación de costos.

Se observa un promedio anual de 16,6 actividades por familia, dando un costo aproximado de 411.755 por cada grupo familiar. Esto significa un promedio de menos de 3 atenciones por persona. Las familias consultan por morbilidad entre 1 y 4 veces la mayoría (60%), cifra considerada dentro de lo habitual. El 23% consulta entre 5 y 15 veces al año. Un 17% no consultó nunca por morbilidad.

## CONCLUSIONES

El Programa Familias en Riesgo fue evaluado globalmente, con el fin de obtener información sustantiva que permitiera decidir acciones estratégicas y planificadas para el mejoramiento de la

calidad del programa. Al mismo tiempo, esta evaluación preliminar permitió validar el Modelo de Atención Familiar en Atención Primaria y las intervenciones que a partir de ella se implementaron, ya que éstas se orientan a una mayor eficacia y eficiencia en la atención en salud de la población, especialmente de los grupos más pobres que requieren de una especial preocupación de la salud pública y del Estado.

La utilización de este modelo fue sin duda una manera óptima de considerar la multiplicidad de aspectos que deben considerarse para determinar la calidad de un programa de atención de salud. La gran cantidad de variables consideradas da cuenta de la complejidad de los procesos de evaluación que deben considerarse para concluir sobre de la efectividad y eficacia de la atención en salud.

La implementación de programas pilotos para una atención de salud integral y que realmente respondan a las necesidades de las personas depende de la disposición de las autoridades de salud en todos los niveles para facilitar y apoyar iniciativas innovadoras. Este aspecto fue muy relevante para este programa, en particular el liderazgo de las autoridades locales. En cambio, se debe trabajar más para dar elementos objetivos a las autoridades de salud municipales y de más alto nivel, de modo que se pueda desarrollar más masivamente y se garantice su permanencia en el tiempo.

El garantizar la calidad de la atención de salud pasa fundamentalmente por la consideración de todos los actores involucrados en el proceso. Este proceso de participación ha sido esencial para la motivación y compromiso en el arduo trabajo que significó el diseño, implementación y evaluación del programa.

Dentro de los desafíos señalados en la implementación del programa de atención debe destacarse la necesidad de aprender a definir problemas trabajables, acotados en el tiempo y con criterios de alta que se evalúan cada tres y seis meses para que facilite una labor más eficiente y evaluable.

Los resultados de la evaluación inicial mostraron el interés de los usuarios en ser atendidos de esta manera. Asimismo la gran mayoría de los trabajadores de la salud aquí encuestados reconocen que esta manera de atención es la más adecuada aunque, al mismo tiempo, la perciben como muy difícil. Se eligió una población extremadamente compleja para demostrar su eficiencia, con los indicadores tradicionales ya que son familias en extrema pobreza, con muy baja asistencialidad



y muy dañadas tanto física, psíquica y socialmente. En este sentido, todas las acciones a realizar prácticamente exigen intervenciones especializadas dada la gravedad de las mismas. Poder definir acciones trabajables desde un Consultorio de Atención Primaria, con escasos recursos profesionales y con una muy escasa capacitación en el enfoque familiar y de salud integral, fue el mayor desafío. Esta evaluación reflejó fundamentalmente la falta de capacitación de los equipos de salud, especialmente en temas psicosociales de muy alta prevalencia en esta población y que además eran los problemas de salud que la población considera prioritarios. Tampoco los equipos contaban con experticia en un abordaje de atención de salud teniendo como foco la unidad "familia" que implica al menos la representación mental de la familia cada vez que se hace una intervención individual. Tampoco existía la implementación logística para poder desarrollar una atención de salud de esta manera —el espacio, registros, horarios de atención, etc.—. La mayor fortaleza es la motivación que percibe el propio equipo de trabajo para realizar sus labores, si bien se observó al realizar esta evaluación un gran temor y cierta desesperanza en poder resolver la gravedad de los problemas presentes. Sin duda la motivación es diferente en los distintos estamentos profesionales. Los médicos, salvo excepciones, presentan más reticencia a trabajar con este enfoque, mientras las enfermeras y asistentes sociales son las más aceptadoras de esta modalidad. No obstante lo anterior es significativo que, en general, la medición de clima laboral señala una percepción mejor de él en aquellos que trabajan en este programa comparados con los otros funcionarios de salud del mismo Consultorio que participan sólo en los programas tradicionales.

La accesibilidad al programa muestra que las familias más pobres y con riesgo, tanto biomédico como psicosocial, han sido prioritariamente atendidas en el periodo registrado y que en general no hay una seria limitante geográfica para la consulta. No obstante, el programa, dados los recursos asignados, no alcanza a cubrir ni siquiera el 5% de las familias pobres, cobertura programada para el primer año.

Sin duda la evaluación del Programa mostró su aspecto más deficitario en la calidad de la atención dada la poca capacitación en las problemáticas de salud de estas familias, las que presentan serios problemas de salud mental, desorganización familiar, violencia intrafamiliar, pobreza, desnutrición, etc. Estos temas tan complejos no son

posibles de abordar de acuerdo a los programas clásicos existentes en la atención primaria de nuestro país ni menos con un enfoque centrado en los individuos, aislados de su contexto familiar y social. La capacitación debe ser implementada en forma sistemática, continua y de acuerdo a las necesidades del equipo de salud. Idealmente en el mismo lugar de trabajo y respondiendo a un accionar polivalente de los diferentes profesionales.

La estructura administrativa tradicional no ayuda a resolver estos problemas y el proceso de la atención de cada paciente suele ser desintegrado y con una mirada muy restringida según los diferentes programas. El cambio en el Programa de Familias en Riesgo fue muy bien acogido por los usuarios y como un desafío para el equipo de salud, pero al analizar su primer año de implementación se detectaron aspectos del proceso que deben modificarse. Un aspecto sustantivo fue el rediseño de la Pauta de Clasificación de Riesgo, definiendo muy claramente factores biomédicos y psicosociales, otorgando puntajes diferentes y evaluando también *potencialidades* de la familia. De este modo ingresan aquellas familias de riesgo pero que al mismo tiempo poseen potencialidades para el cambio, entre éstas: escolaridad, capacitación, clima familiar, conciencia de problemas, existencia de redes, etc. Con esta modificación, se corrigió el hecho de que ingresaran al Programa familias altamente deterioradas, con serias disfuncionalidades y muy pocas posibilidades de lograr cambios positivos en este nivel de intervención, lo cual generaba un alto desgaste de los equipos, desmotivación y un mayor costo económico. Dada esta consideración, resulta muy alentadora la evaluación de resultados de los usuarios y de la dirección del consultorio en cuanto a la eficiencia.

La atención de salud de familias pobres desde el enfoque de riesgo debe también considerar la presencia de algunos factores protectores o de potencialidades de la familia para beneficiarse con las intervenciones en salud. Esto debe ser evaluado tempranamente ya que es un indicador de que las intervenciones sean realmente positivas para la salud familiar. En caso contrario, la frustración de las personas y del equipo de salud amenazan la subsistencia del programa y aceleran el síndrome de desgaste profesional del equipo. Los profesionales de la salud mental deben tener un rol preponderante en la capacitación de los equipos de salud.

Destaca el hecho de que la motivación por el servicio y la percepción de desarrollo profesional

a través de la capacitación para un programa atractivo son incentivos que pueden prevenir en parte el grave problema de rotación de personal en la atención primaria.

Otro aspecto que resalta es la ausencia de hombres como consultantes en el programa, por lo que el equipo de salud debe hacer un serio esfuerzo por integrar al varón en las intervenciones familiares, dado su importante rol como padre y pareja. Esto quedó claramente reflejado en el estudio de funcionamiento familiar que demuestra la importancia asignada al padre por los hijos y la pareja, y que en las familias de riesgo biopsicosocial es significativamente más ausente que en las familias sin riesgo de salud. Los hombres están más desinformados de los problemas de salud de la familia y también viven eventos estresantes asociados a las dificultades económicas e insatisfacción personal.

Esta evaluación del Programa en su primer año de implementación indica que tiene un costo bastante razonable, de un poco más de la mitad del per cápita por habitante al año de la Comuna de La Florida. Por otra parte, se utilizó un porcentaje reducido de los recursos humanos del consultorio, lo que explica la escasa cobertura del programa. Esto es el problema mayor, junto con la complejidad de las problemáticas que hacen ineludible la incorporación de la salud mental en una perspectiva transversal y con la incorporación de profesionales especialistas en el área que se involucren en el diseño de las intervenciones, que realicen las acciones específicas que correspondan en este nivel de atención, intentando resolver los problemas de mayor demanda y refiriendo selectiva y adecuadamente al nivel secundario. Es muy interesante reconocer que esta propuesta de atención de salud integral en la Atención Primaria surge desde la salud mental.

De esta evaluación surgen claras indicaciones de las modificaciones que requiere el Programa, que ya están siendo implementadas, y permitirán en la evaluación que se realizará a fines del año 1998 garantizar una mayor calidad del Programa y proponerlo como una estrategia eficiente para la población en más alto riesgo de salud biopsicosocial. Es posible concluir finalmente que el esfuerzo desplegado en el diseño y implementación del Programa de Familias en Riesgo Biopsicosocial, más allá de las modificaciones que deben implementarse para mejorar su calidad, cumple la función de entregar más calidad de atención de salud a las familias pobres y marginadas.

## REFERENCIAS

- Busnello, E. (1992). "Servicios de salud mental en el contexto de la atención primaria de salud: un estudio de caso (Villa San José de Murialdo)". En, I. Levav (Ed.), *Temas de Salud Mental en la Comunidad* (pp. 313-328). Washington, D.C.: OPS.
- Domínguez, R. (1993). "Reflexiones sobre los aportes de los contenidos y metodologías de la psicología a las tareas de la atención primaria en salud". En J.P. Jiménez & R. Florenzano (Eds.), *Educación Superior en Salud Mental. Formación en Psicoterapia*. Santiago: CPU
- Donabedian, A. (1984) La calidad de la atención médica *Prensa Médica Mexicana*, 36, 95-151
- Duarte, D. (1992). *Salud y Familia*. Santiago. CPU
- Di Prete, L.; Miller, L., Rafeh, N. & Hatzell, T. (1990). "Garantía de la calidad de la atención en salud en los países en desarrollo", Ginebra: Documentos OPS.
- R. Florenzano. (Ed.). (1991) *Temas de Salud Mental en la Atención Primaria*. Santiago: CPU.
- Ringeling, I. (1986). "La implementación del enfoque familiar en el sistema de atención primaria". En R. Florenzano (Ed.), *Salud Familiar* (pp. 67-89), Santiago: CPU.
- Hidalgo, C. (1990). "Autoayuda para los aspectos psicosociales del paciente con insuficiencia renal crónica", *EPAS*, 6, 16-19.
- Hidalgo, C.G. (1997). *Familia y salud: estudio comparativo de las características de estructura y funcionamiento familiar en familias pobres clasificadas con y sin riesgo biopsicosocial*. Tesis no publicada, Programa de Magister en Salud Pública, Universidad de Chile, Santiago, Chile.
- Hidalgo, C.; Cabezas, A. & Collados, M. (1998). "Clima organizacional en un Centro de Salud de Atención Primaria: evaluación e intervención para mejorar la satisfacción laboral del equipo de salud", *Cuadernos Médico-Sociales* (en proceso de publicación).
- Litwin, G. & Stringer, R. (1968). *Motivational and organizational climate*. Boston: Harvard University Press.
- Morales, M., Manzi, J. & Justimano, O. (1984). *Cuestionario para medir clima organizacional en instituciones educacionales*. Tesis no publicada, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Salinas-Oviedo et al. (1994) "La satisfacción laboral y su papel en la evaluación de la calidad de la atención médica", *Salud Pública de México*, 36, 56-78.
- Robles, S. (1994). *Desarrollos metodológicos en el análisis de la situación de salud según condiciones de vida*, Ginebra. OPS/OMS.
- Sáez, M.; Medina, M.; Zenteno, M.; Carvacho, C.; & Quezada, C. (1994). *Evaluación de la calidad de*

- la atención en salud en la Comuna de La Florida: el punto de vista de los usuarios*, Santiago: Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente; COMUDEF.
- Saraceno, B. & Levav, I. (1992). "La evaluación de servicios de salud mental en la comunidad". En I. Levav (Ed.), *Temas de Salud Mental Comunitaria* (pp. 56-77), Washington, D.C: OPS.
- Scharager, J. (1990). *Informe de Evaluación del Proyecto de Salud Familiar y Atención Primaria en el Area Oriente de Santiago*, Santiago: Servicio de Salud Metropolitano Oriente.