



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN DE GESTIÓN DE RED ASISTENCIAL

ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN EN RED

2007

INDICE

INTRODUCCIÓN	3
I Elementos generales para la programación	5
1. Objetivos Sanitarios	5
2. Diagnóstico de Salud	6
3. Sistema de atención de salud en redes	7
II. Metodología de programación en red.....	11
ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN.	14
I Antecedentes	14
II Elementos de contexto para la programación.....	15
1. Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario	15
2. Gestión de Garantías Explícitas en Salud	23
III Rol del municipio.....	24
IV Organización interna del centro de salud	26
1. Sistema de Relaciones Sociales: Equipo de Salud y Población Inscrita	27
2. Cartera de Servicios	29
3. Programación basada en problemas y orientada a resultados sanitarios	30
4. Atribuciones, características y responsabilidades de los equipos de atención primaria en materia de programación.....	31
5. Utilización de recursos.....	32
LA PROGRAMACIÓN EN ATENCIÓN CERRADA Y AMBULATORIA.....	37
I Orientación a resultados.....	39
II Etapas del proceso de programación.....	39
PRODUCTOS DE LA PROGRAMACIÓN ESPERADOS EN LA RED.....	43
ANEXOS	44
Nº 1: Cuidados de salud a través del ciclo vital	44
Nº 2: Rol de atención primaria en el GES.....	44
Nº 3: Marco jurídico	44
Nº 4: Criterios técnicos para programación de atención cerrada y ambulatoria de especialidad	44

INTRODUCCIÓN

Se presenta a los equipos de salud las Orientaciones Programáticas que deben guiar las acciones en el año 2007.

El proceso de Reforma, en sus distintos ámbitos, está siendo comprendido y asumido por los diferentes componentes del Sistema de Salud, dando coherencia a los principios y valores que guiaron su diseño e implementación.

Los múltiples desafíos que se han puesto en el quehacer de salud, obliga a tener un conjunto de orientaciones que faciliten el enfrentamiento de estos, de forma armónica, clara, exenta de aspectos que confundan y que entregue a los equipos elementos suficientes que le permitan seguir orientando o reorientando sus acciones, para dar respuesta a las prioridades país, introducir las prioridades locales y mantener una respuesta oportuna ante aquellos eventos, que sin ser prioritarios constituyen el conjunto de necesidades de salud.

Una mirada en la calidad de las respuestas, nos interpela a poner al usuario y su familia en el centro de nuestro accionar, y nos obliga a integrar en un todo coherente, los distintos programas, metas, garantías, compromisos, etc., bajo el alero de un Modelo que enfatiza no sólo la perspectiva biológica de los problemas, sino también, la psicológica, socioambiental y espiritual. Es en este aspecto donde el concepto de RED adquiere su especial relevancia, al destacar la necesidad de una complementariedad entre los distintos componentes de la misma, léase conocimientos, habilidades y destrezas de los equipos de cuidados primarios y especializados, así como acceso, complejidad tecnológica, cobertura, etc., de los distintos espacios y puntos donde tomen contacto los usuarios.

Un aspecto sustancial que se intentó relevar en las Orientaciones 2006, fue analizar desde la red las necesidades y sus brechas, y la forma de organizar los recursos para responder a ellas, asegurando de esta manera que los antiguos “niveles de atención” se constituyan en espacios con distintos énfasis, pero relacionados e integrados en el cuidado continuo de las personas, en su concepción más amplia.

La Reforma, por otra parte, pone a la APS como el eje que coordina y es base del cuidado continuo, pero también como una estrategia de desarrollo contribuyente a elevar el nivel de salud y calidad de vida de las personas.

De acuerdo a la concepción de la OPS (1) un Sistema de Salud basado en la estrategia de Atención Primaria se define como:

- Un enfoque amplio para la organización y operación de sistemas de salud, que hacen del derecho al logro del nivel de salud más alto posible su principal objetivo, al tiempo que maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de tal naturaleza es guiado por principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

- Un conjunto de elementos estructurales y funcionales que garantizan la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y que promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, hace énfasis en la prevención y en la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema. Las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.

Seguir potenciando las estructuras que permiten la integración de las acciones, la optimización en el uso de recursos y una relación complementaria de los equipos de salud, es una tarea fundamental del Gestor de Red

Una programación en RED se ha definido como el *“proceso- liderado por el Gestor de Red en el contexto de los Consejos de Integración de la Red Asistencial (CIRA)- en el cual, todos y cada uno de los actores involucrados, en un marco de interdependencia, ponen en común sus recursos, tareas y aportes, necesidades y voluntades, para anticipar y predecir en forma sistemática la futura actividad y resolutivez del sistema, con la finalidad de asegurar un mejor estado de salud de la población a cargo, en el marco de los recursos que pone a su disposición el Estado”*

Este conjunto de orientaciones es un aporte entonces a todos los que toman decisiones en salud, desde el Gestor de Red, hasta los equipos operativos que tienen a su cargo el cuidado continuo de la población, quienes deben tener siempre presente los Objetivos sanitarios establecidos al 2010, de manera de visualizar las mejores estrategias que ayuden al logro de los mismos.

El Régimen de garantías, actualmente con 40 problemas de salud en operación, ayuda a los distintos actores, al contar con una completa normativa y guía en la toma de decisiones, ordenando las respuestas, estableciendo plazos y responsabilidades y creando redes de respuestas frente a los problemas definidos.

Un complemento lógico a lo anterior es un énfasis en la promoción de la salud y la prevención de los problemas. Durante estos años la Subsecretaría de Salud Pública, a través de la División de Políticas Públicas Saludables y Promoción, ha puesto en marcha los Planes de Salud Pública Regional con una fuerte orientación en Promoción de Salud e intervenciones destinadas a modificar los factores de riesgo a nivel poblacional y ambiental. Al mismo tiempo, se ha promulgado y entrado en vigencia la nueva Ley del Tabaco N° 20.105 que regula las diversas materias relacionadas con el control del consumo de tabaco, prevención de los daños y protección de la salud de los no fumadores. Asimismo, se han actualizado otras materias regulatorias, como por ejemplo sobre etiquetado nutricional de alimentos, poniendo de esta manera temas relevantes en la discusión pública.

En cuanto al otro eje de la Reforma, como es el impulso a formar redes, las de tipo comunitarias e intersectoriales son las que de mejor manera dan cuenta de la posibilidad de intervenir eficaz y eficientemente en los determinantes de la salud, por ser las más cercanas a los múltiples ámbitos donde se desarrolla la vida de las personas, como lo son la familia, su vivienda, su trabajo y su comunidad.

Una RED de salud conectada, es aquella que utiliza de manera sistemática y coherente la información necesaria y disponible sobre personas y familias, comprendiendo que ello

otorga una más alta probabilidad de respuestas integrales, independiente del lugar de la red donde esta respuesta se está dando.

La APS, viene desde hace algunos años recogiendo gran cantidad de información relevante de las familias y sus redes de apoyo, información que no ha trascendido a los otros puntos de la red. Avanzar en conectividad real, es entregar información para ayudar a la toma de decisiones, pero también implica que quienes la reciben comprenden su utilidad y la aprovechen en mejorar la calidad de sus respuestas.

El MINSAL ha entregado recientemente las Normas Nacionales sobre Regulación de Fertilidad; con su puesta en práctica se busca un Sistema de Salud que, integrando estas normas, sea capaz de rescatar y potenciar la función fundamental de la familia, sin reemplazar la cadena educativa y valórica que ésta cumple. La amplia oferta del programa, que la normativa actualiza, debe ser puesta a disposición de los usuarios y usuarias con información para la libre toma de decisión, enfocada como la oportunidad de integrar a un programa regular y sistemático de control de fecundidad a las personas que acuden a pedir esta ayuda.

Toda normativa del MINSAL, debe ser puesta en el contexto de un Modelo de atención que pone en el centro de su quehacer al usuario y su familia, que respeta los valores y aspiraciones de las personas y sus entornos y nunca como una imposición que determina las conductas de ellas.

Invitamos pues, a seguir profundizando en los principios y valores de la Reforma, potenciando las redes y construyendo juntos mejores respuestas ante las múltiples necesidades de las personas y familias de nuestro país.

I Elementos generales para la programación

1. OBJETIVOS SANITARIOS

Los objetivos sanitarios (1) señalan los compromisos en salud que deben alcanzarse al 2010, constituyéndose en una referencia inevitable para establecer las intervenciones y acciones prioritarias que deben ser ejecutadas. Su formulación fue el punto de partida del proceso de reforma sectorial.

Los cuatro grandes objetivos sanitarios para la década son:

1. Mejorar los logros sanitarios alcanzados
2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad
3. Disminuir las desigualdades en salud
4. Proveer servicios acordes a las expectativas de la población.

Para estos objetivos se establecen los siguientes fines:

¹ Los Objetivos Sanitarios para la Década 2000-2010, Ministerio de Salud, octubre 2002

- Prolongar la vida saludable: Mejorar la salud de la población prolongando la vida y los años de vida libre de enfermedad
- Reducir las inequidades: Reducir las desigualdades en salud, mejorando la salud de los grupos más desfavorecidos de la sociedad.

El desarrollo de las estrategias relacionadas con los diferentes problemas de salud o áreas programáticas se enmarcan en estos cuatro objetivos.

2. DIAGNÓSTICO DE SALUD

La programación **basada en el diagnóstico de salud de la población a cargo**, representa sin duda uno de los procesos de mayor relevancia dentro de la gestión del sector salud. Este diagnóstico permite orientar la utilización de los recursos disponibles hacia metas y resultados explícitos, buscando siempre las mejores alternativas de acción frente a los desafíos que significa mejorar la situación de salud de las personas y familias y contribuir a mejorar las condiciones de vida de la población. Por lo tanto, para que la programación alcance su máxima efectividad como herramienta de apoyo a la gestión es necesario tener en cuenta los principales problemas de salud y también los principales factores determinantes, tanto individuales como socio ambientales.

En zonas de mayor concentración de población indígena los diagnósticos deben considerar la cultura del pueblo originario según corresponda y la realización de estudios epidemiológicos con enfoque sociocultural donde se reconozcan los factores de riesgo y protectores que emanen de la cultura².

Este diagnóstico debe incluir las desigualdades en salud que se dan en la población, de modo de intencionar esfuerzos en los sectores o grupos más desfavorecidos

Al considerar en el diagnóstico la información sanitaria integrada e incorporar la perspectiva comunitaria, a través de un diagnóstico participativo, permite generar respuestas acordes a las necesidades, evitar acciones poco aceptadas por la comunidad y centrar el accionar en prioridades locales determinadas en acuerdo con la población y los equipos de salud.

Un adecuado Diagnóstico de Salud es el principal insumo para que la programación responda a las necesidades de manera organizada.³

² “Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque intercultural. Guía Básica para Equipos de Salud”. Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Chile, 2006

³ “Planificación Local Participativa. Metodologías para la Promoción de la Salud en América Latina y el Caribe” Serie Paltex N° 41 OPS/OMS 1999

3. SISTEMA DE ATENCIÓN DE SALUD EN REDES

Se entenderá por **sistema de atención de salud** a la organización de los establecimientos de salud con diferentes niveles de complejidad, y cartera de servicios, que participan en los distintos procesos de la atención de salud. Se entenderá por **sistema de atención de salud en red** el ordenamiento de estos establecimientos, operando coordinadamente dentro de un territorio asignado, mediante vínculos institucionales o contractuales y por lo tanto con mutua interdependencia y complementariedad en sus respuestas, cubriendo de esta manera la amplia gama de necesidades de salud.

Se entiende que la red incluye el componente comunitario, pues considera que la comunidad posee sus propias competencias para resolver problemas de salud; es, entonces, posible incorporar acciones realizadas por monitores y agentes comunitarios en forma complementaria al equipo de salud.

En la Ley de Autoridad Sanitaria se define este nuevo ordenamiento como:

“Constituyen⁴ la “Red Asistencial” de cada Servicio de Salud, el conjunto de establecimientos asistenciales públicos, incluidos los de atención primaria de salud municipal, y privados que forman parte del Sistema Nacional de Servicios de Salud de su territorio, conforme a lo dispuesto en el artículo 2 del Decreto Ley N° 2.763 de 1979, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí, para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población, sin perjuicio de la complementación entre la Red Asistencial de uno y otro Servicios.

Los Servicios podrán complementar y coordinar sus actividades, entre ellos o con instituciones públicas o privadas, para el cumplimiento de sus fines, sea que estas se realicen dentro o fuera de su territorio, todo ello de acuerdo con las normas y directivas que imparta el Ministerio.”

“Es responsabilidad del Director de cada Servicio de Salud velar por la implementación y cumplimiento de los mecanismos de coordinación y complementación asistencial entre los establecimientos de su dependencia, municipales y cuando así lo haya convenido, con instituciones privadas de salud a fin de permitir una fluida y oportuna referencia de los pacientes, lo anterior de acuerdo con las normas que dicte en la materia el Ministerio de Salud y otras normativas de carácter constitucional.”

Por otra parte, como macro redes se han definido aquellas vinculaciones asistenciales (relaciones formales entre prestadores de distinta complejidad asociados a determinado problema o grupo de problemas de salud) que trascienden el territorio de un servicio de salud, intra regionales o más allá de una región.

A través de la evolución de la implementación de la Reforma surge el concepto de “redes por problemas de salud”, aludiendo a la cadena de procesos y estructuras que deben dar respuesta interrelacionada, a determinados problemas de salud.

⁴ Ley de Autoridad Sanitaria, N° 19.937, que modifica el Decreto Ley N° 2763 de 1979

Los vínculos generados en las redes tienen carácter horizontal, de relación entre pares, determinados, pero no limitados, por los acuerdos normativos que entre ellos deben establecerse. Pero, fuera de las regulaciones burocráticas de las respectivas instituciones a las que pertenecen o puedan pertenecer, la atención en red es una estrategia de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes.

Las redes comunitarias pueden establecer vínculos reconocidos y legitimados, con los establecimientos de la red pública de salud y formar parte de los actores responsables de las acciones de salud

3.1. Niveles de Abordaje del Trabajo de Salud en Redes

El concepto de redes tiene aplicación no sólo para las organizaciones responsables de la oferta de salud, sino también para la demanda, expresada en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen.

Es importante comprender la intencionalidad de las redes más allá de la necesidad de dar respuestas organizadas a la población y ampliarla al concepto de Capital social.

Nan Lin, mediante un enfoque estructural, identifica al capital social como un activo colectivo que está implícito en las relaciones sociales y que puede ser promovido o restringido por dichas relaciones, según los valores existentes en el colectivo social. Para Lin el capital social se fundamenta en la premisa que la inversión en capital social genera retornos en términos de un mercado que puede ser económico, político, laboral o comunitario, y que el concepto debe entenderse como un activo social o colectivo y como el capital que se genera a través de las relaciones sociales, por tanto es un activo social en virtud de las conexiones o interrelaciones entre los actores sociales y el acceso a los recursos de la red o grupo del cual ellos son miembros.

Lo anterior refuerza la importancia de la existencia de redes activas, de tipo social, institucional, intra y extrasectoriales.

Podemos, entonces, distinguir los siguientes niveles de redes relevantes para la Salud, en su concepto más amplio: Red Social, Personal, Familiar y Comunitaria, Redes institucionales sanitarias y no sanitarias.

Existe una relación directa entre calidad de la red social y calidad de la salud, “La red social personal es la suma de todas las relaciones que un individuo percibe como significativas o define como diferenciadas de la masa anónima de la sociedad”.

La familia (consanguínea o considerada como tal para la persona) como parte de la red social personal, es un importante factor protector de la salud de las personas. En muchos casos es la red más próxima. Por lo tanto, la calidad de la red familiar es un factor determinante en la situación de salud familiar y su calidad de vida.

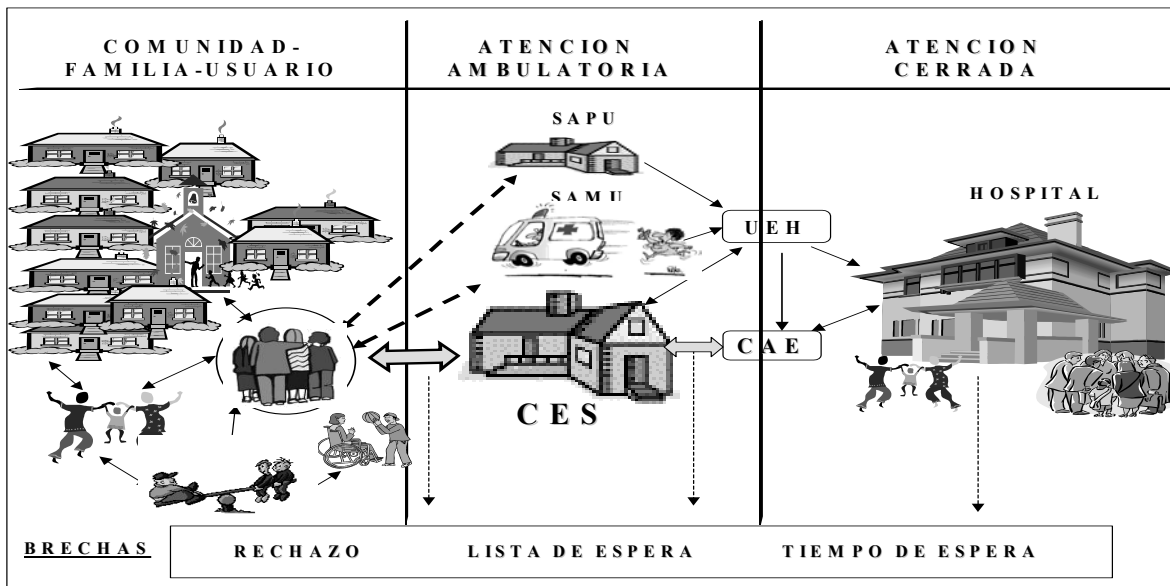
La Red Comunitaria se constituye con las organizaciones sociales asentadas en el territorio. Para las personas y familias esta red es significativa. Desde la perspectiva de las redes comunitarias, para el sector salud implica:

- Considerar a la población destinataria como actor social, al igual que al equipo de salud
- Utilizar los Sistemas de Información Georreferenciados (SIG)
- Contar con registros que dispongan de información de las familias que habitan en el área de responsabilidad del centro de salud y que comparten condiciones y formas de vida similares.
- Posibilitar la accesibilidad de la población, a la información disponible en los establecimientos de salud según corresponda.
- Organizar procesos sistemáticos y participativos de monitoreo y evaluación del trabajo en salud.
- Mantener actualizados los diagnósticos participativos de situación de salud
- Considerar y respetar la organización y tipo de relación con sus autoridades de las familias pertenecientes a comunidades indígenas.
- Permitir el ingreso de los agentes espirituales de las diversas culturas indígenas para prestar apoyo a pacientes que se encuentran internados, cuando su presencia sea solicitada por éste o sus familiares, en un marco de respeto a todas las creencias⁵.

Redes Institucionales que otorgan las prestaciones de salud:

La adecuada conducción de la red y sus instituciones, el trabajo en equipo, la mirada transdisciplinaria de los problemas de salud constituyen fortalezas que se suman a la programación anual de los establecimientos. El trabajo en red debe reconocer una necesaria articulación tanto entre los subsectores público y privado como en el ámbito local, provincial, regional y nacional.

⁵ “Norma General Administrativa N° 16, sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud. Santiago, Resolución Exenta N° 261, 26 Abril 2006.



Redes Intersectoriales

La articulación y complementariedad de esfuerzos a nivel local entre los servicios de salud e instituciones de diferentes sectores y organizaciones sociales de diversa índole permiten el abordaje integral de los factores que fortalecen el desarrollo humano e impactan en la salud. Si bien es cierto aparece como uno de los niveles más complejos de alcanzar es también, uno de los de mayor proyección en el momento de considerar su impacto. Al respecto, el desarrollo de los Consejos Vida Chile Comunal representa un aporte en esta dirección.

Sistemas que Aseguren la Continuidad de la Atención

La Continuidad ha sido definida como el cuidado continuo en salud y enfermedad, a lo largo del ciclo de vida individual y familiar y en los distintos ámbitos de la vida del individuo: hogar, trabajo, comunidad. Cuando la salud se pierde la continuidad debe manifestarse en el acceso oportuno a las prestaciones requerida (ambulatorias o cerradas), pero también en un flujo de información que permita dar la mejor respuesta a las necesidades. Su expresión máxima en APS, se encuentra en un equipo de cabecera; en la atención especializada, ya sea ambulatoria o cerrada, en un equipo responsable del paciente; en la atención de urgencia con una respuesta expedita, oportuna y de calidad, con adecuados sistemas de información a las familias; y en la red, con un sistema que mantiene sus servicios, independiente del lugar geográfico, donde por razones laborales u otras, se encuentre el individuo o su familia.

El proceso de Referencia Contrarreferencia, en el Sistema Público de Salud, constituye un elemento fundamental de continuidad de la atención otorgada a las personas e incide en

la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficiencia del proceso asistencial y con ello en la adhesión y satisfacción de los usuarios y requiere de un proceso de coordinación ágil, flexible y eficaz.

El flujo de las personas al interior de la red está determinado por las necesidades de las personas y familias y la capacidad de cada punto de la red, para satisfacerlas.

Se define el *Sistema de referencia y contrarreferencia*, como el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, por la cual la red asistencial se hace cargo de la referencia del usuario de un establecimiento de salud a otro de mayor capacidad resolutive en el caso referido y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud. Este último procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.⁶

Además de la referencia y contrarreferencia existen otras formas de articulación para asegurar la continuidad de la atención, tales como, consultoría de casos, reuniones clínicas conjuntas, comités para el estudio de casos, epicrisis al egreso de una hospitalización, comunicaciones y consultas vía Internet, asignación de especialistas a Centros de APS específicos.

II. Metodología de programación en red

El adecuado funcionamiento de una RED se manifiesta explícitamente en la Programación en Red.

Programar en Red es el proceso a través del cual, en función de un diagnóstico, se ordenan los recursos, estrategias y actividades, se fijan metas y asignan responsabilidades para enfrentar de manera armónica y coordinada las necesidades detectadas en el diagnóstico, de manera coordinada entre los distintos componentes de la red.

La Programación en Red, es una herramienta que permite realizar un proceso metodológico por el cual los componentes de una red:

- Evalúan conjuntamente las necesidades y las expectativas de salud de su población
- Priorizan los problemas de salud de acuerdo a indicadores epidemiológicos y sociales e identifican grupos de población de mayor riesgo
- Identifican y organizan los recursos de cada componente de la red para satisfacer esas necesidades: cuidados primarios, atención especializada abierta o cerrada y atención de urgencia.
- Verifican las brechas entre la demanda y la oferta
- Analizan y buscan en forma conjunta como ajustar los roles
- Redistribuyen los recursos humanos y financieros
- Reorganizan los procesos
- Redireccionan los flujos

⁶ Documento Modelo integral de atención en salud, Ministerio de Salud, Departamento Modelo de atención. Año 2005

- Programan para la resolución de áreas críticas
- Evalúan los requerimientos de capacitación y programas acorde a esto.

Al Gestor de Red le corresponderá liderar este proceso con el apoyo y colaboración del Consejo de Integración de la Red (CIRA).

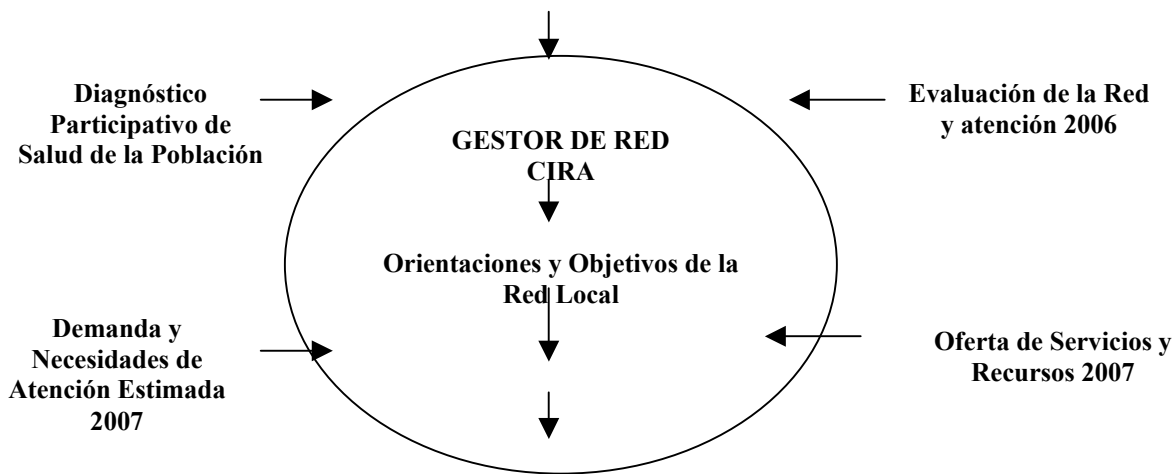
El proceso de programación se debe desplegar desde el Gestor de Red a las direcciones de establecimiento y de estas a los equipos operativos. El Gestor de Red deberá exponer los objetivos locales para el año 2007, los que emanan de las presentes orientaciones y de la Planificación Estratégica del Servicio.

La Programación en Red requiere además del trabajo conjunto entre los técnicos del área sanitaria, de finanzas y recursos humanos. En un camino progresivo hacia una real programación en red, se ha definido que cada establecimiento trabajará su programación anual, y una vez realizados los ajustes posibles, el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA)⁷ de cada Servicio de Salud, liderado por el Gestor de Red, debe analizar, con mirada de conjunto las programaciones efectuadas y elaborar en conjunto con el resto de los actores involucrados, un Plan de Ajuste de Brechas, que permita obtener el mejor balance posible entre oferta y demanda, entre necesidades y expectativas locales, regionales y nacionales y recursos disponibles.

La determinación de respuestas y responsabilidades asignadas en el caso de las GES, es un claro ejemplo de programación en red.

FLUJOGRAMA DEL PROCESO DE PROGRAMACION EN RED

Objetivos Sanitarios 2000-2010
Orientaciones Centrales Programación 2007



PLAN DE AJUSTE DE BRECHAS

⁷ Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión 19.937. Artículo 21

La Programación en Red debe armonizar, considerando las diferencias locales, tanto de comunas, como de otros establecimientos, en la definición y aplicación de las normas técnicas de programación, por cuanto ello otorga autonomía, validación y asegura la responsabilidad local frente a los problemas de salud y necesidades en general, detectadas en los diagnósticos participativos. En APS este tema está debidamente explicitado en la Ley 19.378 artículos 56 y siguientes y en el Reglamento General de la Ley 19.378 Decreto N° 2296 del 10 de octubre de 1995, artículos 12 y siguientes (partiendo por la Formulación de una Política Comunal de Salud).

Un elemento que complementa la programación de estrategias y actividades es la programación, dentro de una política explícita, de la Capacitación y desarrollo del RRHH que trabaja en cualquiera de los puntos de la red, dando coherencia a necesidades y planes de desarrollo, en pro de una mejor resolutiveidad.

ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN.

I Antecedentes

La Reforma de Salud, en su definición opta por un Modelo de atención integral que promueva y facilite la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales integrantes de diversos sistemas sociales tales como familia, trabajo, comunidad, etc., en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

El modelo de atención tiene como objetivo central la búsqueda de una mejor calidad de vida para las personas, las familias y las comunidades, con un énfasis en la anticipación de los problemas y el consiguiente acento en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, es decir, anticipatorio al daño.

Los aspectos de promoción de la salud y educación para lograr estilos de vida y ambientes más saludables son competencias definidas para el equipo de salud en forma transversal, y que se articulan con el trabajo intersectorial impulsado por los gobiernos locales y regionales a través de Vida Chile u otras instancias de acción multisectorial. El desafío epidemiológico con que se inicia el milenio obliga a devolver protagonismo a los ciudadanos y sus organizaciones en la producción social y el cuidado de su salud, reorientando el rol del equipo de salud a un rol asesor y cuidador que acompaña el proceso salud – enfermedad y que potencia la capacidad de las personas de influir positivamente en su vida y su entorno y los determinantes sociales de la salud.

El quehacer sanitario definido en el modelo de atención en red se basa en un equipo de salud multidisciplinario, con un liderazgo horizontal, que se hace cargo de su población, aplicando el modelo de Salud Familiar, enfatizando de esta manera la relevancia de la familia como fuente de creencias, conductas, formación de valores, y principal apoyo en la recuperación de la salud.

La mirada biopsicosocial deberá estar presente en todos los ámbitos de la red de asistencia al proceso salud enfermedad, quedando en la Atención primaria, la responsabilidad del contacto más cercano con la comunidad, sus recursos y su organización.

El concepto de trabajo en red determina que las instituciones de salud, las organizaciones comunitarias definan mecanismos claros de interrelación, con reconocimiento de que el equipo de salud de cabecera del nivel primario, es el encargado de dar continuidad a la atención de salud de las personas y familias. Para esto, la red asistencial se organiza de modo de establecer formas claras de información, retroalimentación y coordinación, que mantenga actualizada la información sobre personas y familias que hayan recibido atención en algún punto de la red, distinto al Centro de Salud primario. A su vez el Centro de Salud proporcionará al resto de la red, toda la información necesaria para mejorar las respuestas a las necesidades de salud de la gente.

En el modelo descrito, la comunidad, sus redes sociales y de autocuidado y el nivel primario de atención, son el eje articulador del quehacer sanitario, y son el nivel que concentra la complejidad socio sanitaria, por cuanto le corresponde establecer la pertinencia, oportunidad y tipo de intervención y/ o derivación de la gran gama de problemas biológicos, psicológicos y sociales que afecta a la población a la cual sirve.

II Elementos de contexto para la programación.

En general los elementos a considerar en la Programación local son los mismos que debieran guiar la programación en cualquier punto de la red, pero considerando las particularidades de la acción que cada uno desempeña prioritariamente.

1. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

El modelo de atención integral de Salud con enfoque familiar y comunitario, está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad. Para ello, los Centros de Salud, deben contar con equipos de salud, que hayan desarrollado habilidades y destrezas adecuadas al trabajo con familias y comunidades para su acompañamiento a lo largo de su ciclo vital.

El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que le permitan a los equipos de cuidados primarios, poder analizar el proceso salud enfermedad desde una perspectiva sistémica y a la vez poder introducir a la familia como unidad de atención.

Los elementos fundamentales de este enfoque se resumen en lo siguiente:

- **Enfoque biopsicosocial, con énfasis en el enfoque familiar y comunitario:** Como se expresa en el párrafo anterior, este enfoque caracteriza una manera distinta de enfrentar el proceso salud enfermedad. Se intenta analizar la situación de salud de individuos y familias, poniéndolas en contexto y buscando formas explicativas desde la perspectiva de quienes viven los problemas. De una atención individual se complementa introduciendo a la familia como objeto de atención.
- **Continuidad de la atención y de los cuidados de salud:** En el nivel primario estará dada por una forma organizacional que permita una relación cercana con una población a cargo (sectorización). Este equipo conoce a su comunidad de usuarios en los aspectos de calidad de vida, factores de riesgo y factores protectores, y dispone, por lo tanto, de elementos para actuar con estrategias preventivas y promocionales adaptadas a esa realidad. La continuidad de cuidados de salud se extiende a toda la red a través de lo que en el presente documento se denominó “trabajo en red” (red asistencial, comunitaria, social).
- **Prestación de servicios integrados:** A pesar de que tradicionalmente se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos y familias se visualice la oportunidad para incorporar acciones de promoción y prevención, fomentando el autocuidado individual y familiar. Este equipo de salud debe ser

capaz de actuar con servicios integrados especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergente en la población. La población, cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los servicios de salud. Las personas exigen y deben ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud. La preocupación por lo que espera cada persona que se acerca en busca de atención de salud y el buen trato, son parte de la calidad y del abordaje integral.

- **Resolutividad:** definida como la capacidad del nivel en que se consulte, de dar respuesta a las necesidades de las personas. En el caso de los equipos de salud de atención primaria esta resolutividad se traduce en la capacidad de contribuir al cuidado de la salud de las personas de su sector, sumada a la capacidad diagnóstica y excelencia clínica. Cada establecimiento debe disponer del equipamiento y de los recursos humanos calificados para abordar los desafíos de evitar el daño en salud, pesquisarlo precozmente, confirmar diagnósticos, tratar enfermedades de acuerdo a los protocolos y cumplir su rol en la red asistencial. Particularmente, en el ámbito psicosocial, el equipo de salud de atención primaria ha debido ampliar competencias para abordar la problemática emergente, compleja y diversa que enfrentan las familias y comunidades.
- **Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia y la comunidad por la salud de su familia y de cada uno de sus integrantes:** se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja en el proceso reproductivo; del padre y la madre en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.
- **Participación social:** distintas líneas de acción en desarrollo dan cuenta de la decisión de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud. Lo anterior, con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud a las necesidades de la población. La Participación social y comunitaria en salud adquiere distintas dimensiones:
 - La corresponsabilidad frente al control sobre los determinantes de la salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables.
 - El control sobre la calidad de los servicios y prestaciones de salud.
 - El ejercicio de dar cuentas públicas de la gestión y resultados obtenidos.
 - La corresponsabilidad en distintos ámbitos del quehacer en salud según las competencias de la red comunitaria (organizaciones comunitarias de salud, grupos de autoayuda, voluntariado, monitores de salud) y el equipo de salud.
- **Promoción de Salud:** la promoción de salud constituye un proceso social y político amplio. No solo comprende las acciones dirigidas a reforzar conocimientos, aprendizajes sociales y a desarrollar capacidades individuales y comunitarias, sino también aquellas acciones que persiguen el cambio de las condiciones sociales, ambientales y económicas con el fin de mitigar su repercusión sobre la

salud familiar, comunitaria y poblacional. La Promoción de Salud es el proceso que permite que las personas controlen en mayor medida los factores que determinan su salud, contribuyendo de este modo a mejorarla. La participación y la comunicación social educativa son vitales para dar continuidad a la actividad de promoción de salud, a su vez las políticas públicas favorables a la salud y la gestión intersectorial, en sus distintos niveles de gestión (comunal, regional y país) constituyen otra condición básica para su desarrollo. También es considerada como una función esencial de Salud Pública que coadyuva a los esfuerzos invertidos para prevenir y tratar las enfermedades.

- **Interculturalidad:** Los pueblos indígenas de nuestro país aportan con su cultura, su cosmovisión y sus propios recursos terapéuticos a los procesos del ciclo salud - enfermedad. La riqueza del conocimiento de los pueblos ancestrales es considerada un patrimonio del país que los equipos de salud del sector público deben considerar, valorar e incorporar a su quehacer, particularmente en las zonas que concentran población indígena⁸. El conocimiento de la organización territorial en dichas áreas geográficas (mesas de participación provinciales y comunales), enriquecerá el trabajo multisectorial del equipo de salud y de la red asistencial⁹.
- **Garantías explícitas de acceso, oportunidad y protección financiera :** La gestión de garantías, demanda la información oportuna al usuario sobre sus derechos, mantenimiento del monitoreo y evaluación constantes a través de la red asistencial de estos derechos explícitos en salud. Un desafío importante para la red es la incorporación de la evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de las prestaciones, de manera sistemática, mediante planes locales, priorización de problemas, diseño de estándares y mecanismos de mejora, más allá de los problemas garantizados.
- **Impacto sanitario:** El sector debe seguir avanzando en la búsqueda de resultados en salud vinculados a la anticipación del daño y a mantenimiento de la población sana, desde el punto de vista bio-psico-social.

En resumen los desafíos para el desarrollo del modelo están centrados en la capacidad del sistema de establecer una real articulación entre los distintos componentes (institucional, social, comunitario, familiar) y una sólida gestión que oriente la forma como

⁸ Política de Salud y Pueblos Indígenas”. Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Programa de Salud y Pueblos Indígenas. 2ª Edición , Chile, Febrero 2006.

⁹ REGLAMENTO ORGANICO DE LOS SERVICIOS DE SALUD: Artículo 8º.- “e) En aquellos Servicios de Salud con alta concentración indígena y de acuerdo a las normas e instrucciones del Ministerio de Salud en la materia, el Director del Servicio deberá programar, ejecutar y evaluar en conjunto con los integrantes de la Red y con participación de representantes de las comunidades indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud, el enfoque intercultural en salud”.

se organizan los recursos, en una atención centrada en el usuario y su familia y que potencie su empoderamiento.

Avances en la implementación del modelo.

En el caso del nivel primario de atención, el Centro de Salud está íntimamente ligado al desarrollo local e integrado con la comunidad en la cual se ubica. Su misión, por lo tanto, no se agota resolviendo los problemas de salud de quienes solicitan día a día su apoyo, sino que existe un compromiso con la situación global de salud de la población en su conjunto. Es el responsable de dar las primeras respuestas a las necesidades de salud de las personas y familias de manera coherente con las políticas sociales y especialmente con los planes y programas del sector salud y de anticiparse al daño mediante acciones que las comprometan con su autocuidado y con las características de la realidad local.

Desde hace más de una década, el Ministerio de Salud inició el proceso de transformar a los antiguos Consultorios, centrados en la enfermedad, a Centros de Salud Familiar, cuyo centro es la persona, centros corresponsables de la salud de la población que está a su cargo y que incorporan el enfoque de salud familiar y comunitario a los servicios de salud desarrollados.

En la RED este enfoque debe reflejarse en una utilización de la información relevante acumulada en la Atención Primaria y en una progresiva integración de la familia a los cuidados y decisiones en materia de atención cuando la salud se ha perdido.

La siguiente tabla muestra los distintos elementos desarrollados desde los planes y programas del MINSAL, que pretenden dar cuenta de los principios antes enumerados.

Principios	Ámbitos desarrollados
Enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Población a cargo de Equipos de salud de cabecera. ▪ Programa de desarrollo del RRHH tendiente a aumentar la comprensión del modelo y a facilitar la incorporación de la familia como unidad de atención. ▪ Evolución de establecimientos a Centros de Salud¹⁰ y de Centros de Salud a Centros de Salud Familiar (CESFAM) • Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) • Incorporación de señalética bilingüe y estrategia de facilitadores interculturales .

¹⁰ Documento "De Consultorio a Centro de Salud", Minsal 1993

Principios	Ámbitos desarrollados
Continuidad de la atención y accesibilidad:	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Población a cargo de Equipos de salud de cabecera. ▪ Mejoría en los mecanismos de referencia y contrarreferencia ▪ Programa de Mejoramiento: extensiones horarias, línea 800, selector de demanda. Incorporado desde el año 2005 en la gestión habitual del centro de salud y del mecanismo de financiamiento per cápita ▪ SAPU – Urgencia Rural • Garantías explícitas en salud (GES)
Prestación de servicios integrados, con énfasis en promoción y prevención	<ul style="list-style-type: none"> • Plan de promoción de salud comunal. • Plan regional de salud pública • Programa de desarrollo del recurso humano: capacitaciones en salud familiar y en promoción de la salud. • Incrementos de programas con componente preventivo: salud cardiovascular (Control del adulto sano), salud oral, vacunación anti influenza, refuerzo alimentario para adultos mayores, Evaluación funcional del adulto mayor. • Equipos de Salud de cabecera que incorporan paulatinamente el enfoque de género, recogiendo experiencias y conocimientos y aplican el enfoque familiar y comunitario. • Incorporación de prestaciones como la visita domiciliaria integral (incluye hogar, lugar de trabajo, escuela y organizaciones comunitarias del territorio) y la atención domiciliaria a personas con discapacidad grave y postrados. • Programa de Salud y Pueblos Indígenas. • Orientación al diseño de planes de promoción que fomenten comunas escuelas y lugares de trabajo promotores de la salud o saludables.

Principios	Ámbitos desarrollados
Resolutividad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Creciente incorporación de la comunidad en la definición de respuestas ante necesidades diagnosticadas. ▪ Aumento en la cantidad de redes intersectoriales, que incrementan la variedad de respuestas a los problemas de salud. ▪ Programa de apoyo al incremento de la Resolutividad en APS, aumentando horas en especialidades sensibles, mejorando el acceso a métodos diagnósticos y ampliando la respuesta terapéutica. ▪ Consultorías de especialistas, en problemas de salud definidos, que permiten fortalecer un enfoque en red. ▪ Programa de capacitación que buscan desarrollar mayores habilidades y destrezas frente a problemas prevalentes, desde la iniciativa municipal, como desde el Servicio de Salud. ▪ GES ▪ Financiamiento de los exámenes de laboratorio para favorecer el diagnóstico en el nivel local. ▪ Programas especiales que dan respuesta a necesidades específicas tales como: atención a postrados, mejor manejo de heridas, ecotomografía prenatal, etc. ▪ Funcionamiento regular de Comités de gestión de listas de espera, de manera de evaluar la demanda, gestionar la solución y priorizar la derivación, así como cuantificar la brecha en las respuestas.
Desarrollo de habilidades para el Autocuidado individual y familiar Corresponsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Incorporación de actividades como consejería individual y familiar, que buscan aumentar las capacidades de las personas de influir en su salud y tomar decisiones informadas. Consejería en EVS (Estilos de Vida Saludable), talleres de vida sana y otras.¹¹ ▪ Cuidados Domiciliarios. cuidados del cuidador de pacientes con enfermedad crónica y/o postrados; cuidados domiciliarios en familias indígenas con participación de facilitadores interculturales.

¹¹ “Guía para una Vida Saludable. Guías Alimentarias, Actividad Física y Tabaco” y “Fundamentos Técnicos para Equipos de Salud” Norma General Técnica N° 76, 10.08.2005 Ministerio de Salud

Principios	Ámbitos desarrollados
Participación	<ul style="list-style-type: none">▪ Funcionamiento permanente de las OIRS, recogiendo y gestionando reclamos y sugerencias de los usuarios.▪ Consejos de desarrollo local funcionando de manera sistemática en una gran cantidad de Centros de Salud y formalización de acuerdo de trabajo conjunto con organizaciones sociales.▪ Desarrollo de Cuentas públicas de los establecimientos y los servicios de salud ante la comunidad.▪ Integración de comunidad en cuidados domiciliarios, educación comunitaria, campañas sanitarias, prevención específica, etc.▪ Diagnóstico de salud participativo▪ Comisiones intersectoriales (educación, trabajo, justicia, etc.) Consejos VIDA CHILE.▪ Presupuestos Participativos▪ Consultas ciudadanas y diálogos sociales▪ Mesas de trabajo territoriales para la priorización en salud▪ Diálogos sociales▪ Iniciativas de humanización del trato (hospital amigo de la familia, acompañamiento espiritual, etc.)▪ Desarrollo de los Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOF) cuyo principal componente es la participación.

Principios	Ámbitos desarrollados
Garantía de calidad	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque de salud familiar y comunitario • Programas de salud con protocolos definidos (IRA, ERA, PSCV, TBC, Depresión, etc.) • Examen de Medicina Preventiva: con un conjunto de exigencias pre definidas • Iniciativas de humanización del trato (hospital amigo de la familia, acompañamiento espiritual, etc.) • AUGE : con protocolos que asignan responsabilidades a los distintos niveles de la red. • Funcionamiento permanente de las OIRS, recogiendo y gestionando reclamos y sugerencias de los usuarios.
Red asistencial	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comisión técnica de salud intercomunal¹². ▪ Gestión de Listas de Espera. La identificación de la demanda que genera el centro de salud hacia los otros establecimientos de la red es relevante en el proceso de programar en red. ▪ Monitoreo de la pertinencia de la derivación de atención primaria ▪ Monitoreo de la capacidad de respuesta del servicio de Salud a la demanda de APS en enfermedades trazadoras. ▪ CIRA (Consejo Integrador de la Red Asistencial) ▪ Incorporación de usuarios en instancias de coordinación y de toma de decisiones de la red como el CIRA, Consejos de Participación Social de los Servicios de Salud

Este cuadro resumen, intenta organizar bajo un aspecto los distintos elementos desarrollados, pero obviamente el efecto de cada uno de ellos potencia otros y ayuda al logro de más de un ámbito.

¹² Ley 19.378, que establece el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal

2. **GESTIÓN DE GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD**

En el 2006, el sector salud cursa el segundo año de implementación de las Garantías Explícitas de Salud (GES), que constituye uno de los ejes centrales de la Reforma de Salud.

El decreto supremo N°228, actualmente en vigencia, aprueba las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud, de la ley N° 19.966, definiendo los primeros 40 problemas de salud con garantías de acceso, oportunidad y protección financiera. Para la gestión del nivel primario, este incremento de patologías con Garantías Explícitas representa un desafío al rol que le compete en la Red Asistencial en el aseguramiento del acceso a la atención y respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria del Sistema Público de Salud (individuos y sus familias), así como punto de origen de la demanda de atención al resto de los niveles de complejidad.

En este contexto, adquieren especial importancia procesos como la sospecha fundada y la derivación oportuna y pertinente a los niveles de mayor complejidad; y la confirmación diagnóstica y el tratamiento según protocolo cuando el problema específico puede ser asumido técnicamente por el nivel primario. En esto, debe asegurarse la difusión de los protocolos y guías clínicas a los equipos de salud.

Finalmente, la gestión de las Garantías Explícitas en salud demanda un especial manejo de la información con calidad y oportunidad que permitan la vigilancia, el monitoreo y evaluación de los procesos asistenciales involucrados, adelantándose a los eventuales incumplimientos de garantías.

La definición de procesos clínicos, en el marco de las garantías ha permitido avanzar en una metodología aplicable a cualquier problema de salud, esto es, determinar los requerimientos para responder de manera oportuna y con calidad, establecer las brechas de equipamiento, infraestructura y capacitación del RRHH y determinar las inversiones necesarias para cubrir dichas brechas.

Se entiende como proceso el “conjunto de recursos y actividades que interrelacionados transforman elementos de entrada en elementos de salida. Los recursos pueden incluir personal, finanzas, instalaciones, equipos, técnicas y métodos”¹³.

La Gestión de Procesos percibe la organización como un sistema interrelacionado de procesos que contribuyen conjuntamente a incrementar la satisfacción de usuario y de quienes trabajan en los establecimientos de salud¹⁴. Dicha gestión permite:

- Diseñar el desarrollo ideal de determinado proceso, con sus requerimientos.
- Cotejar el diseño ideal con el proceso tal y cómo ocurre en la práctica. Esto permite detectar desviaciones de lo esperado y descartar actos supernumerarios que no agregan valor al producto u objetivo.

¹³ Silvestre Martín Ayuso y Antoni Mallol Martínez. Departamento de informática. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Barcelona 2002

¹⁴ Desarrollo de la Red Asistencial a través del Rediseño e Implementación de Mecanismos de Referencia y Contrarreferencia. Depto. de gestión y Desarrollo de RRHH, Div. Gestión de la Red Asistencial. MINSAL año 2004

- Identificar nodos y oportunidades de mejora.
- Separar los componentes o actividades y analizarlos en detalle para entenderlos y modificar lo que se desea modificar.
- Comparar las acciones y el resultado después de implementar mejoras.
- Retroalimentar el modelo con la opinión de los usuarios, intercambio de buenas prácticas con otros equipos de salud, etc

Adquiere especial relevancia la difusión, capacitación y aplicación de protocolos y de procedimientos y la difusión e información adecuada a los usuarios.

III Rol del municipio

El Municipio representa el ente articulador entre necesidades comunitarias y esfuerzos por responder de manera oportuna y organizada a ellas. Es el responsable de implementar las estrategias que apunten al desarrollo y calidad de vida de las comunidades. La Comuna es el mejor espacio donde confluye el aporte comunitario y las respuestas institucionales a las diversas necesidades de las familias y comunidad.

En este sentido, los Municipios deben generar anualmente el Plan de Salud Comunal en armonía con las presentes Orientaciones Programáticas y normas técnicas emanadas del MINSAL, según establece la Ley 19.378, pero incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el diagnóstico de salud.

Este plan debe ser propuesto en concordancia con los equipos de salud de cada Municipio y estar en conocimiento de los Servicios de Salud, de modo que permita ejecutar las evaluaciones pertinentes y los respectivos ajustes al final de cada período.

Los principales fundamentos del Plan de salud Comunal, deberán estar reflejados en el Plan Comunal de Desarrollo. Este Plan constituye el Instrumento rector de desarrollo de la comuna, contemplando las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y a promover su avance social, económico, cultural y ambiental. Este Plan en su elaboración y ejecución debe tener en cuenta a todos los sectores que operen en el ámbito comunal o ejerzan competencia en dicho ámbito (Ley 18.695).

De lo anterior se desprende que el Municipio tiene un rol preponderante en el cuidado y promoción de la salud de las personas independientemente de si administra o no, centros de salud y/o Postas de Salud Rural. Naturalmente se entiende, que si el Municipio tiene Establecimientos de Salud, le corresponde la gestión administrativa y financiera de ellos, velando por la mejor utilización de los recursos asignados al cuidado de la salud de la población.

En el ámbito de la salud pública, el municipio es un espacio privilegiado para abordar:

- Equidad y factores determinantes de salud: trabajar sobre los determinantes de salud para contribuir a disminuir las inequidades, favorecer la salud y la probabilidad de daño a la salud, considerando el enfoque de género, interculturalidad y pobreza. Por lo tanto, se deberá incorporar al plan de salud comunal, acciones de promoción de la salud orientadas a modificar los riesgos de daño en al menos un ámbito de estos factores determinantes. Se sugiere definir el

rol y actividades de atención primaria en el Programa Chile Solidario a través del Programa de Protección Social de la Infancia, en el Programa Chile Barrio, Techo para Chile u otro de los programas sociales focalizados en poblaciones vulnerables.

- Gestión de salud integrada al gobierno local: el Plan de Salud Comunal incorpora temas de trabajo intersectorial y local en ámbitos de atención primaria y promoción de salud poblacional y ambiental, como por ejemplo la educación en la formalización de actividades de microempresas familiares, prevención de accidentes de tránsito, prevención de accidentes laborales, acciones con el equipo comunal de Vida-Chile, fortaleciendo las acciones de coordinación público-privado y finalmente que el Plan de Salud Comunal esté en concordancia con el Plan de Salud Pública Regional de cada SEREMI.
- En este aspecto, lo relevante es articular la gestión de salud comunal con el Plan de Salud Pública Regional y con el Plan de Desarrollo Comunal.
- En el terreno de la promoción de la salud la estrategia de Municipios y Comunidades Saludable¹⁵, el fortalecimiento de la relación entre las autoridades locales, líderes de la comunidad y representantes de los sectores públicos y privados, se hace relevante, para colocar a la salud y a la calidad de vida como prioridades en la agenda política. La estrategia de Municipios y Comunidades Saludables promueve y facilita la participación comunitaria y contribuye a una mejor capacidad de respuesta del gobierno local.
- Los compromisos de los Comités Comunales VIDA CHILE son: colaborar en el diagnóstico local de los determinantes sociales de la salud y la priorización de sus problemas; participar en la formulación, implementación y evaluación del Plan Comunal de Promoción utilizando metodologías participativas, coordinación local intersectorial, abogacía y movilización de recursos a favor de la salud y calidad de vida.
- Otras estrategias de promoción de salud que forman parte del trabajo comunal y de alta relevancia en la atención primaria son las de Escuelas y Lugares de Trabajo Saludables; que permiten articular redes y desarrollar intervenciones intersectoriales de promoción con la infancia y adolescencia en la primera; y con la población adulta trabajadora con la segunda.¹⁶

Una Municipalidad se convierte en saludable, cuando:

- Establece un compromiso formal para implementar un plan de desarrollo sostenible que mejore las condiciones sociales a largo plazo, con metas para garantizar la salud y la calidad de vida.

¹⁵ Municipios y Comunidades Saludables – Guía de los Alcaldes. División de Promoción y Protección de la Salud OPS

¹⁶ Albala C., Olivares S., Salinas J., Vio F. Edit. Bases, Prioridades y Desafíos de la Promoción de la Salud, Consejo VIDA CHILE, INTA-Universidad de Chile, Ministerio de Salud, Santiago 2004

- Realiza un trabajo intencionado en mejorar la educación, la vivienda, la pesquisa de poblaciones más necesitadas.
- Busca caminos de solución pertinentes que permitan igualdad de oportunidades, promoviendo la no - discriminación y desarrollando un enfoque de aceptación de la diversidad.
- Crea alianzas estratégicas entre los diferentes interlocutores representados por los sectores y organizaciones, con el objeto de alcanzar los objetivos de desarrollo planteados.
- Establece políticas saludables que tienen como finalidad crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable.

La administración municipal de la salud constituye una oportunidad que muchas comunas han sabido aprovechar, para articular la gestión de políticas sociales en beneficio de la calidad de vida de los habitantes de la comuna, lo cual debe potenciarse aún más con los desafíos que arroja la información proveniente de las distintas encuestas nacionales relacionadas con la salud y calidad de vida realizadas por el MINSAL en los últimos años.¹⁷

Con relación a la transformación de Consultorios a Centros de Salud Familiar, existe una responsabilidad conjunta entre Municipios, Servicios de salud y Centros de Salud, de avanzar en el desarrollo de estrategias que permitan el reconocimiento de estos establecimientos como centros de Salud Familiar. La opción política es lograr que al año 2010, el 100% de los Establecimientos de baja complejidad funcionen como centros de Salud Familiar en su función de cuidados primarios.

IV Organización interna del centro de salud

El Centro de Salud debe ser una organización flexible capaz de adaptarse a los cambios, de mejorar su capacidad de respuesta a las condiciones del entorno, y de orientar su trabajo hacia resultados sanitarios y hacia la satisfacción de las necesidades de la comunidad en materia de salud.

Existen muchas definiciones sobre organización, pero en este caso la consideraremos como un “sistema de relaciones sociales, coordinadas en un marco estructurado, cuyo desempeño se sustenta en el trabajo de equipos a partir de objetivos de cuidados de la salud a alcanzar, sobre la base de la utilización de determinados recursos y de una cultura propia, interactuando constantemente con el entorno”.

En el marco del reciente acuerdo tomado por la mesa tripartita entre los trabajadores (representados por la CONFUSAM), la Asociación Chilena de Municipalidades y el Ministerio de Salud, se renovará la organización interna, fortaleciendo la estructura que

¹⁷ Encuestas de Calidad de Vida y Salud INE_MINSAL años 2000 y 2006; Encuesta Nacional de Salud 2003 Minsal-PUC, Encuesta de Salud Escolar 2004 Minsal-OMS, entre otras

sustente mejor el modelo de salud con enfoque familiar. Este y otros cambios significarán modificaciones a la ley 19.378.

1. SISTEMA DE RELACIONES SOCIALES: EQUIPO DE SALUD Y POBLACIÓN INSCRITA

- Toda la población beneficiaria debe estar inscrita en un centro de salud de atención primaria de la red asistencial donde se ubica su domicilio particular o laboral.
- Las personas podrán cambiar de centro de salud sólo cuando hayan cumplido un año inscritos o por alguna razón muy fundamentada¹⁸. Eso implica que los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud, que desarrollan atención primaria, deben completar su proceso de inscripción y disponer de población validada por FONASA. Si la población inscrita no es beneficiaria del sistema público, el centro de salud está autorizado para realizar cobros al usuario (particulares) o a las ISAPRES, según corresponda.
- En Centros con población inscrita de 10.000 o más personas se deberá tender a la existencia de población a cargo de equipos de cabecera, mediante una sectorización pensada en función de las características sociodemográficas de la población y geográficas del sector de influencia. Se espera que los equipos de cabecera y población a cargo establecidos, puedan generar estrategias de trabajo que den cuenta de un cambio en la manera de atender y de cuidar poniendo atención a la continuidad en el cuidado y recuperación oportuna de la salud (equipos de cabecera). La tarea de conformar equipos y sectorizar, si no fue efectuada mediante un ejercicio de participación interna se transforma en una pesada carga a sostener. Es preciso comprender el trasfondo de la estrategia para poder seguir motivando a los equipos en su avance.
- La atención con enfoque familiar no se asegura con la conformación de los equipos de cabecera, sino en una tarea organizada de conocer los factores de riesgo y protectores de la familia, de desarrollar habilidades y destrezas para la interacción y de buscar, en la familia y comunidad los mejores recursos para su apoyo. Los equipos de cabecera establecerán por lo tanto, mecanismos para conocer los factores de riesgo y protectores de sus familias y comunidades e incorporar acciones dirigidas a los grupos familiares tal como, Consejería individual y familiar, Intervenciones familiares en problemas relevantes y acciones de promoción de la salud familiar y comunitaria. Cada equipo de cabecera, con la información sobre sus familias a cargo, tendrá los mejores elementos disponibles para contribuir a una programación basada en lo local.
- Una manera de conocer los factores de riesgo en la población inscrita es a través de la aplicación del Examen de Medicina Preventiva, el cual forma parte del Sistema GES a partir del 1º Julio 2005.

18 Ley N° 19.937 : Ley de Autoridad Sanitaria y de Gestión

- Dentro de la organización existen instancias estructuradas de participación que deben ser consideradas como la expresión mínima exigida de participación social para un centro de salud. Todo establecimiento de salud y en particular de la APS, debe seguir apoyando el funcionamiento de instancias de participación de los usuarios como Consejos de Desarrollo, Comités Locales de Salud o Consejos Consultivos. Es un imperativo en el modelo de atención integral de salud, ya que es el espacio privilegiado para recoger la opinión de los usuarios y comunidad en general sobre el funcionamiento de los establecimientos de la red, acoger sugerencias y propuestas de la comunidad para la mejoría de la situación de salud de la población y de la atención de salud, gestión de la oferta y la demanda y conocer la percepción de los usuarios y comunidad sobre la calidad de los servicios, tomando en cuenta la cosmovisión propia de las comunidades cuando corresponda.

Se espera que el 100% de los establecimientos de la APS cuenten con alguna instancia de participación social con plan de trabajo en ejecución y constituida por usuarios organizados, representantes de equipos de salud y representantes de instituciones públicas o privadas con asentamiento local.

El centro de salud debe incorporar a las redes comunitarias en el trabajo conjunto y co-solidario en la gestión de la demanda social de acceso a los servicios como por ejemplo, cogestión de listas de espera, sistema de dación de horas, pesquisa y rescate de pacientes de riesgo, información al usuario y, por otra, a la extensión de redes de protección social coadyuvantes de los servicios.

Estas redes de protección social pueden orientarse a fortalecer grupos de autoayuda, grupos de apoyo a la rehabilitación, apoyo terapéutico, atención domiciliaria, atención a postrados y discapacitados, educación comunitaria en cuidados básicos en salud.

- Es responsabilidad de los equipos de salud el prestar asistencia técnica y capacitación a organizaciones y agentes comunitarios, acreditación de competencias y delegación de responsabilidades en ámbitos específicos a la comunidad que cuenta con líderes o monitores capacitados
- El centro debe tener implementada la Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS), como un sistema que facilita el acceso de la población a la información sobre el funcionamiento y los servicios otorgados por el sistema de salud y otros órganos, servicios o empresas relacionadas con las prestaciones de salud, asegurando el ejercicio de sus derechos, orientándola, informándola y atendiéndola con mecanismos claros y expeditos para acoger sus reclamos, inquietudes y sugerencias¹⁹.

¹⁹ Documento Manual Operativo OIRS, Minsal 2002

- **Intersectorialidad:** Es fundamental la integración y complementariedad de actividades con los otros sectores sociales, principalmente en el nivel comunal, con educación y los departamentos municipales (Obras, DIDECO, etc.). La identificación de los riesgos de la población a cargo, permite establecer las coordinaciones pertinentes con las instituciones sociales y otros recursos disponibles en la promoción, prevención y curación.

2. CARTERA DE SERVICIOS

Para determinar la oferta es importante que el establecimiento tenga claridad respecto de su “cartera de servicios”, entendiendo como tal, “el conjunto de acciones de promoción, preventivas, curativas de mantenimiento y rehabilitación si las hubiere, que oferta un determinado establecimiento”.²⁰

Esta cartera debe ser de conocimiento público, de manera que no sólo facilite la programación de las horas profesionales asociados a ella, sino que le permite al usuario orientarse respecto de a qué acciones puede acceder en cada establecimiento.

A continuación se detalla la cartera de servicios del Plan de Salud que contiene el conjunto de prestaciones mínimas dirigidas a resolver las necesidades de salud de la población en atención primaria:

PRESTACIONES	
Predominantemente Preventivas	Predominantemente Curativas
Control de Salud niño, adolescente	Consulta Morbilidad
Examen de medicina preventiva	
Control Malnutrición	Consulta Nutricional
Control Lactancia Materna	Prestaciones recuperativas en salud bucal
Educación Grupal	Control de TBC
Vacunación	Consulta Kinésica
Educación Grupal en Salud Bucal	Consulta de Morbilidad Obstétrica
Examen de Salud Oral	Consulta de Morbilidad Ginecológica
Prestaciones preventivas en salud oral	
Control de Regulación de Fecundidad	
Control Ginecológico Preventivo	
Integradas	
Consulta Social	Visita domiciliaria Integral
Visita laboral	Visita comunitaria
Control Crónicos	Consejerías individuales y familiares
Consulta de Salud Mental	Control Prenatal - Control de Puerperio
Intervenciones psicosociales individual y grupal	Consulta Déficit Desarrollo Psicomotor
Consejería pre concepcional anti Tabaco	Trabajo Comunitario
PNAC - PACAM	Consulta de lactancia materna

²⁰ Modelo integral de atención en salud, Ministerio de salud, Departamento de Modelo de Atención. 20054

Aunque están definidas como preventivas o curativas, en general se espera que los equipos sean capaces de utilizar la oportunidad del contacto para efectuar servicios integrados, aprovechando los distintos espacios con individuos y familias, para transformarlos en instancias útiles a la prevención y promoción de la salud.

A las anteriormente enumeradas, se suman las prestaciones incorporadas en los diferentes Programas de reforzamiento y aumento de resolutivez de la APS.

Por otra parte, se encuentran las actividades definidas en el plan de promoción de salud de cada comuna y que son lideradas por el equipo de salud, más las actividades de salud que realizan diferentes organizaciones comunitarias del sector y que pueden ser consideradas complementarias para el logro de una meta sanitaria.

La anterior cartera de servicios no establece la cantidad en que la prestación debe darse ya que, en general, ésta debe adecuarse, de acuerdo a las normas técnicas, a la realidad local y basada en un diagnóstico participativo de problemas y una programación también participativa que incorpore la mirada del equipo y la mirada comunitaria e intercultural.

De manera fundamentada la Atención primaria puede determinar los rendimientos y concentraciones, con enfoque de riesgo y con base en lo local, asegurando resultados sanitarios y satisfacción de la población.

3. PROGRAMACIÓN BASADA EN PROBLEMAS Y ORIENTADA A RESULTADOS SANITARIOS

a. Diagnóstico de salud participativo

Los aspectos a considerar en un Diagnóstico de situación de salud se presentan en el ANEXO N° 1.

b. Orientación hacia resultados sanitarios

Un elemento básico en la organización de los recursos, es la clara definición de objetivos de corto, mediano y largo plazo, basados en prioridades país y prioridades locales (incluidas las expectativas de la comunidad usuaria) determinadas por los diagnósticos participativos en salud. La definición de metas sanitarias nacionales y locales, permite al equipo de salud establecer la forma en que la organización intenciona sus recursos y sus respuestas para el logro de las metas definidas.

Con los elementos necesarios para programar identificados y priorizados y las metas sanitarias, la demanda de la población y la oferta existente, es recomendable enfrentar la programación definiendo a través del ciclo vital las estrategias, intervenciones o prestaciones de los ámbitos promocionales, preventivos, curativos, de rehabilitación y cuidados paliativos, que más fuertemente apoyan el logro de los resultados esperados.

El desafío es entonces, construir un programa adecuado a la realidad local que permita alcanzar los resultados esperados en forma integral, coordinada, cooperativa y con calidad. Las decisiones en salud se construyen en espacios cotidianos, por lo que las intervenciones de apoyo, asistenciales y de asesoría debiesen trasladarse y organizarse en el nivel primario de atención, de acuerdo al concepto de población a cargo y con una mirada integral. En este proceso la familia y la comunidad son aliadas fundamentales desde sus roles formadores, reguladores y dispensadores de cuidados y de apoyo social. En este proceso la familia y la comunidad son aliadas fundamentales desde sus roles formadores, reguladores y dispensadores de cuidados y de apoyo social.

A continuación se describen los principales objetivos sanitarios esperados a nivel nacional, a lo largo del ciclo vital y familiar que la Subsecretaría de Salud pública ha definido en un esfuerzo conjunto con la Subsecretaría de Redes asistenciales. Como las metas planteadas son nacionales y se espera que los centros de salud que tengan resultados inferiores a ellas las alcancen y aquellos que están con metas iguales o superiores las incrementen o mantengan. El tema del cáncer se plantea como un ejemplo con indicadores para abordar como red.

Los indicadores aquí presentados pretenden ser de utilidad, fundamentalmente, a la gestión local; algunos de ellos aportan información para el cálculo de índices y metas, utilizados por el MINSAL para evaluar la actividad y resultados de la Atención Primaria.

La población utilizada para la construcción de los indicadores es población inscrita. Si aún no se ha completado el proceso de inscripción en todos los establecimientos (dependientes de los Servicios de Salud), se deberá usar la población beneficiaria estimada.

4. ATRIBUCIONES, CARACTERÍSTICAS Y RESPONSABILIDADES DE LOS EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN MATERIA DE PROGRAMACIÓN

El proceso de programación es responsabilidad del equipo de salud y debe considerar, en lo que dice relación con el recurso humano y las actividades a desarrollar, lo siguiente:

- Al estar conformado como equipo responsable de un grupo de familias y tener conocimiento de su población, pueden modificar los atributos de las actividades que se orientan en las normas técnicas (tipo, cantidad, cobertura, concentración), de acuerdo a la situación epidemiológica local, dotación del centro de salud y red local de salud. Existen acciones de salud pública (PAI - TBC) y de garantías (AUGE) que consideran normas que no pueden ser flexibilizadas a nivel local.
- Polivalencia del recurso humano dentro del equipo para realizar acciones de salud, donde, de acuerdo a las competencias técnicas de sus integrantes, se decide

quien realiza la acción de salud, teniendo presente las orientaciones técnicas y la necesidad de adecuarlas según realidad local.

- Determinar la dotación necesaria de recurso humano según la programación de actividades definidas por las metas sanitarias, orientaciones técnicas, estructura de la demanda (situación de salud de la población) y prioridades locales, en resumen una dotación que responda a criterios de calidad.
- Planificar actividades de capacitación tanto en área técnica como de gestión, teniendo en consideración la planificación estratégica, los objetivos sanitarios y las necesidades planteadas a nivel local como requisitos para avanzar en el Modelo de atención centrado en la familia..
- Asegurar sistemas de supervisión, control de calidad y evaluación de resultados. La supervisión permite apoyar a cada uno de los integrantes del equipo para su correcto desempeño. Todo lo que se programa debe ser evaluado, no sólo desde una perspectiva cuantitativa, sino también desde aquellos ámbitos cualitativos, que permiten reorientar los programas.
- Incorporar en la programación los tiempos necesarios para:
 - Reuniones de equipo para reflexionar sobre el estado de desarrollo y generar estrategias de avance en cuanto Modelo.
 - Reuniones clínicas de los Equipos de Cabecera para analizar casos de familia.
 - Reuniones de consejos técnicos analizar la información que se genera en el centro de salud y otros temas administrativos. el trabajo comunitario y las estrategias de promoción de salud..
 - Desarrollar el plan de capacitación que incorpore entre las capacitaciones, la participación según necesidad en reuniones clínicas de la red.
 - Agendamiento de las citas que responda a las necesidades de salud de las personas a cargo.

La invitación es a mirar los procesos de salud-enfermedad en forma continua a través del ciclo vital individual y familiar y cómo las diferentes etapas de la vida determinan exigencias, tareas y riesgos que al tenerlos presentes nos aportan importantes herramientas para gestionar el riesgo, potenciar factores protectores, determinando al largo plazo una mejor calidad de vida de las familias y comunidad.

5. UTILIZACIÓN DE RECURSOS

El concepto de organización está íntimamente relacionado con la utilización de recursos de diversa índole, para el desarrollo de determinadas actividades o procesos. La gama de recursos que requiere el Centro de Salud para su funcionamiento es amplia y abarca desde elementos tangibles que conforman su estructura material (recursos materiales, financieros y laborales), hasta elementos intangibles que, como los recursos informáticos y muy especialmente, el conocimiento y la cultura organizacional. Si bien esta última no puede conceptualizarse como un recurso, obviar la existencia de este aspecto en la programación de un centro de salud puede acarrear serios problemas a la hora de evaluar su funcionamiento y desempeño.

Aún los parámetros de productividad, tecnología y administración de recursos, son los elementos utilizados para evaluar el éxito de una administración de un centro de salud, sin

embargo las condiciones actuales del entorno provocan cambios substanciales y el cambio o flexibilidad en la utilización de los recursos y la excelencia de los servicios realizados junto a los resultados sanitarios pasan a adquirir gran relevancia.

Recursos Financieros

La gestión de los recursos financieros en atención primaria se inscribe dentro de un contexto mayor de la administración de los recursos estatales en los distintos niveles de gobierno; estos recursos se insertan en una lógica macro de tendencia hacia el presupuesto por resultados, esto es, reconociendo la importancia de la asignación de recursos transparente, la necesidad de dar cuenta a la comunidad y a los distintos actores sociales involucrados, dónde se gasta, cómo se gasta, quienes son beneficiados y cómo se han financiado los gastos efectuados.

Con frecuencia, los equipos de salud sienten que la responsabilidad en salud está disociada de la responsabilidad en el gasto, no obstante, existe un estrecho vínculo entre esas ópticas, ese lazo es el de la responsabilidad social y la plena conciencia que en cada nivel de gestión se han tomado decisiones que afectan de manera inequívoca a las personas, en ese sentido, la eficiencia en la asignación de recursos, la disciplina entre ingresos y gastos, y, la eficiencia en la entrega de los servicios, nos acerca al tema de la responsabilidad social en el uso de los recursos y por ende, a un presupuesto por resultados.

En el marco regulatorio vigente es posible distinguir:

Atención Primaria de dependencia municipal

- Ley 19.378 que fundamentalmente en sus artículos 49 y 56, regulan en forma conjunta el aporte estatal a la salud municipal. El aporte estatal considera:
 - Los recursos asignados a los municipios vía decreto fundado²¹, de carácter anual, suscrito por los Ministerios de Salud, Interior y Hacienda, con base a los criterios establecidos en el artículo 49. Se operacionaliza a través del mecanismo de pago denominado per capita, que determina pagos prospectivos en función de las acciones de salud (conjunto de prestaciones) y sus resultados. Para conocer la cantidad de prestaciones efectivamente realizadas para evaluar los resultados de los establecimientos municipales de atención primaria de salud, se ha implementado a contar del año 2005, un Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS), el que cuenta con los correspondientes indicadores de cumplimiento, metas y sistema de evaluación.
 - Los recursos asignados a los municipios vía convenios, con base a los lineamientos establecidos en el artículo 56. Se ejecuta a través de la suscripción de contratos entre los municipios y el Servicio de Salud en cuyo ámbito territorial se localicen; estos recursos se suman a señalado en el artículo anterior, en el concepto de aporte estatal
 - Los convenios conforme ley, deben estar enmarcados en Programas, aprobados por resolución del Ministerio de Salud, donde se especifiquen en

²¹ Año 2004, Decreto 261, diciembre de 2003.

forma explícita los antecedentes, objetivos, metas, acciones, indicadores y medios de verificación.

- Ingresos Propios: cada centro de salud o entidad administradora implementa sistemas que permiten obtener recursos por las atenciones que se brindan a personas que no son beneficiarias del Sistema Público de Salud.
- Aporte Municipal: recursos que cada entidad administradora invierte anualmente en salud a partir de los recursos disponibles en el presupuesto municipal

Como un elemento importante en la Política de Relaciones Laborales se menciona la Ley 19.813 que otorga beneficios específicos a los trabajadores de la salud primaria de dependencia municipal, en especial en lo que respecta al incentivo (por cumplimiento colectivo de metas sanitarias y de desarrollo de la atención primaria de salud municipal) al desempeño colectivo. Se ejecuta con base al reglamento respectivo, a través de transferencias específicas desde los Servicios de Salud a los municipios.

Atención Primaria de dependencia de los Servicios de Salud

A. Aporte Estatal

Ley de presupuesto, glosa 0122 del programa presupuestario de la Atención Primaria, donde se establece que los recursos destinados a financiar a los establecimientos que realizan acciones del nivel primario de dependencia del Servicio de Salud, deberán ser transferidos a dichos establecimientos, de acuerdo a convenios que se suscriban entre los Directores de los respectivos Servicios de Salud y los directivos de dichos establecimientos enmarcados en un Programa, aprobado por resolución del Ministerio de Salud, donde se especifiquen en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como, las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. Tales que convenios deberán ser aprobados por resolución del Director del Servicio.

Los recursos asignados en la ley de presupuesto, vía Programas, que se sustentan en Protocolos y/o Resoluciones con base a las orientaciones de las distintas líneas programáticas, debidamente firmados por los directivos de establecimientos de salud primaria de esta dependencia y los Directores de los Servicios de salud correspondientes. En este caso, se aplican las mismas consideraciones establecidas en la letra b) de la dependencia de administración municipal.

B. Ingresos Propios: copagos, cobros a privados o ISAPRES, convenios.

Finalmente es preciso resaltar que el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), reconoce para el caso de la atención primaria, el programa presupuestario respectivo y las grandes aperturas en las dependencias municipal y de Servicios de Salud.

²² Ley de presupuestos año 2004.

Recursos Humanos:

El trabajo en equipo cumple una triple función: es un factor de desarrollo personal y profesional, ayuda al logro de los objetivos y constituye un importante elemento de incremento del capital social.

Lo que define el trabajo en equipo es la posibilidad de potenciar el logro a través de la sumatoria de energías y capacidades particulares. Por tanto, uno de los aspectos básicos en este punto es, sin duda, el análisis del funcionamiento y desempeño de los equipos de trabajo como célula básica de la organización y muy especialmente, de los equipos de dirección.

En el caso de la APS es interesante destacar que al hablar de polivalencia se hace referencia a las capacidades de todos los miembros del equipo de participar en todos los ámbitos del accionar del Centro de salud (desde promoción y prevención hasta rehabilitación), sin que lo anterior signifique una pérdida de identidad profesional ya que la acción se realiza desde la especificidad de cada profesión en particular, potenciando el mejor trabajo que logra un equipo con objetivos comunes.

La buena práctica exige, adicionalmente, la capacitación permanente de los equipos de salud en todos los temas relacionados con la instalación y asentamiento del modelo de salud familiar. Esta capacitación involucra a todos los equipos de la red, para asegurar la coherencia con el modelo en todos los elementos que componen la red.

Recursos de Apoyo:

Se engloban en esta sección los recursos de apoyo a las actividades de los equipos de salud:

- **Medicamentos:** todo centro de salud debe contar con el arsenal farmacológico definido para la atención primaria y establecer los mecanismos de control para su buen uso. Principal relevancia adquieren los medicamentos asociados a los protocolos definidos en los problemas AUGE y en los programas específicos que aportan financiamiento adicional para medicamentos. El Servicio de Salud debe facilitar un mecanismo de negociación centralizada de precios para la adquisición de aquellos medicamentos incluidos en el arsenal farmacológico de APS de uso común en los establecimientos, ya que está en condiciones de facilitar estos procesos en su rol de Gestor de Red.
- Es relevante en esta área identificar procesos que dificultan el acceso del usuario al fármaco (restricciones horarias en la entrega, difusión inadecuada de los medicamentos que el centro debe tener, profesionales que prescriben medicamentos que no se encuentran en el arsenal del centro ni en protocolos o guías clínicas para atención primaria, etc). De igual forma se debe contar con apoyo técnico en la dispensación para contribuir al cumplimiento de la farmacoterapia, debiendo registrar y dar solución a cualquier problema relacionado con medicamentos (PRM) que incidan en el incumplimiento y bajo logro del objetivo terapéutico.

- **Insumos:** Se incluyen en todos los establecimientos de la red asistencial, aquellos utilizados para el manejo avanzado de heridas en pacientes con úlceras de pie diabético y que además están incorporados en el protocolo de Diabetes Mellitus tipo 2, por lo tanto se debe asegurar su provisión.
- **Procedimientos:** se deben incorporar en la programación, los procedimientos de apoyo diagnóstico desarrollados en distintos programas en atención primaria ya sea como compra de servicios o como desarrollo dentro del propio centro (exámenes de laboratorio, ECG, Rx. Tórax, etc.). Ninguno de estos medicamentos, procedimientos o insumos tiene copago para la población inscrita beneficiaria en atención primaria, al igual que todo el listado de prestaciones incluido en los problemas de salud AUGE.

Recursos Intangibles: Información:

Definir la existencia de estos recursos en una organización resulta vital para su desarrollo. Sin embargo, desde el punto de vista operacional, no siempre se distinguen las fronteras entre el manejo de la información y el conocimiento y pocas veces se tiene en cuenta la relación que existe entre ellos. El centro de salud genera multiplicidad de datos e información que no necesariamente forman parte del conocimiento de los equipos de salud. La información posibilita la toma de cualquier decisión y de ahí la relevancia tanto dentro de equipo de salud como en la relación de éste con el usuario, la familia y la comunidad.

Cada punto de contacto del equipo de salud con el equipo gestor o el equipo del servicio de salud es una instancia de intercambio de información para aumentar o actualizar el conocimiento.

Entendemos por conocimiento aquella información que se obtiene como resultado de la evaluación de las decisiones, que permite definir la validez de una decisión o lo inadecuado de su adopción.

Recursos Intangibles: Cultura Organizacional:

Al momento de programar es recomendable tener presente la cultura y clima organizacional entendiendo por cultura como todo aquello que identifica al centro de salud y lo diferencia de otros haciendo que sus miembros se sientan parte de él, ya que profesan los mismos valores, creencias, reglas, procedimientos, normas, lenguaje, etc. y por clima, la percepción que los equipos de salud tienen de ella.

Identificar la cultura organizacional permite incorporar estratégicamente en la programación elementos que contribuyan a generar los cambios que se requieren dentro de los equipos de salud, para alcanzar los objetivos propuestos.

LA PROGRAMACIÓN EN ATENCIÓN CERRADA Y AMBULATORIA

Los establecimientos hospitalarios separan su actividad en ambulatoria y cerrada, debiendo tender progresivamente a la ambulatorización de los procesos clínicos.

“El rol de los hospitales en el modelo de atención es la contribución a la resolución de problemas requeridos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le ha definido, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia.

*Por lo tanto, el verdadero reto para el hospital, para la función pública y social que debe cumplir, estriba en definir adecuadamente **cómo dar una respuesta que satisfaga eficazmente las necesidades de salud de la población expresada en las solicitudes de la red asistencial**, basada en criterios clínicos y gerenciales, a la vez que lograr una mayor calidad percibida por las personas y un mejor uso de los recursos desde el punto de vista de la eficiencia.*

Con el fin de sustentar el modelo de atención integral, se instala un Modelo de Gestión en Red que incorpora a todos los actores (establecimientos que interactúan en una red territorial) como responsables de los resultados sanitarios de su población.

La red de salud en el modelo sanitario chileno tiene sentido, pues las personas resuelven problemas de salud de diferentes complejidades en diferentes establecimientos; así, un mismo proceso clínico por una enfermedad cualquiera tiene etapas que se desarrollan en el centro de salud familiar y etapas en que el paciente es derivado a especialidad, ya sea en forma ambulatoria u hospitalizado. El proceso clínico es, entonces la guía de la gestión en red y permite distinguir redes entre establecimientos o redes que conectan procesos al interior de un mismo establecimiento de salud. En los procesos clínicos se vinculan acciones, ya sea sobre un determinado grupo etario, programa de salud o patología; también entre unidades diagnósticas o prestadoras de servicios de apoyo con unidades clínicas. Lo central siempre será la voluntad de llevar a cabo procesos completos que culminen en un alta o estabilización y control de un paciente, y de usar al máximo los recursos para reducir brechas”.²³

El propósito de la Programación de la Atención Hospitalaria, es implementar las soluciones que la red asistencial requiere para dar cumplimiento a las exigencias de manera planificada. El proceso de Programación, requiere de la participación de todas las personas involucradas en las acciones de atención, de un análisis y toma de decisiones de conjunto basado en la demanda y oferta de servicios. Este proceso es de especial relevancia en este momento en que todos los hospitales de alta complejidad se encaminan hacia la Autogestión.

²³ Modelo de gestión hospitalario 2006. Ministerio de Salud (En proceso de publicación)

En este marco resulta fundamental desde los CIRA (Consejos de integración de la red), fortalecer en la atención cerrada y ambulatoria los siguientes ámbitos:

- Difundir las Guías Clínicas, levantar los flujogramas y redes locales, cerrar brechas de recursos, mejorar el registro de la información y dimensionar la demanda más compleja a las macroredes, a objeto asegurar el adecuado cumplimiento del GES.
- Mejorar la gestión de la demanda de atención especializada, procurando una fluida información entre establecimientos. Se requiere que la solicitud de atención sea oportuna y completa, tanto para los problema GES como no GES (incluyendo RUN, diagnóstico, origen y destino) y de la implementación de mecanismos de regulación en red de la demanda (priorización, tamizaje, normas de derivación, orientación, etc.), que permitan adecuar la entrega de cupos oportuna. La información sobre el origen de la demanda, así como la demanda por establecimiento y por especialidad, y la tendencia creciente o decreciente de las listas de espera constituyen información de gran valor para la programación, tanto en el corto como en el mediano plazo.
- Avanzar en la ambulatorización de la atención. Favorecer el estudio de pacientes en forma ambulatoria. Incrementar la proporción de horas médicas asignadas a la atención ambulatoria. Incrementar la proporción de cirugías mayores resueltas en forma ambulatoria.
- Mejorar la gestión de camas, avanzando en la implementación del sistema de atención progresiva, organizando las camas en unidades según complejidad e intensidad de los cuidados (riesgo-dependencia del paciente), predominando estos criterios por sobre la diferenciación de camas por especialidad.
- Asegurar a los pacientes hospitalizados un profesional de cabecera que coordine la atención e información para el paciente, sus familiares y el equipo de salud de atención primaria. Esta es una medida que mejora la calidad y eficiencia de la atención.
- Introducir y/o consolidar nuevos modelos en la atención de urgencia. En los últimos años, se han venido implementando medidas que permiten mejorar la atención de urgencia. Estas medidas son: la conformación de la red local de urgencia en cada Servicio de Salud que se coordina planificadamente, la priorización de la atención en las UEH a través de la categorización de los consultantes y la orientación a los beneficiarios policonsultantes y consultantes habituales de las UEH a inscribirse y recurrir a los consultorios de APS para una atención integral. A lo anterior se suma la eliminación de las camas de hospitalización en las UEH y su reemplazo por camas de corta estadía al interior de los hospitales con el fin de que el manejo de pacientes hospitalizados se organice de acuerdo a demanda de cuidados y todas las camas del establecimiento se gestionen con criterio común.

I Orientación a resultados

En función de los objetivos sanitarios y metas fijados en la planificación estratégica de cada red asistencial, se deberá diseñar indicadores que permitan monitorear sus resultados. Al menos se deberá vigilar los siguientes aspectos:

- % de personas en lista de espera por más de 60 días
- % de garantías GES cumplidas en el establecimiento
- % de cesáreas
- Indicadores de infecciones intrahospitalarias
- % de estadías prolongadas
- Letalidad
- % de cirugías mayores realizadas en forma ambulatoria
- % de reclamos respondidos oportunamente
- % altas por especialidades trazadoras(ambulatorio)

II Etapas del proceso de programación

A nivel de cada establecimiento y equipo de trabajo, las etapas del proceso de programación son:

1. De conocimiento del contexto que incluye:

- Dar a conocer a los equipos clínicos los objetivos y orientaciones 2007 como Red Asistencial.
- Socializar con los clínicos el diagnóstico de salud del área territorial atendida.
- Definir los centros de responsabilidad o unidades en que se segmentará el establecimiento para realizar la programación.
- Definir la cartera de servicios (prestaciones) que realiza cada una de las unidades o centros de responsabilidad.
- Precisar los problemas GES y prestaciones valoradas que corresponderá atender a cada unidad o centro de responsabilidad.
- Revisar y evaluar la producción de actividades o prestaciones del año precedente en cantidad y calidad, por cada unidad, así como las brechas de atención, expresadas en las listas de espera correspondientes. En este momento se deben consolidar en un listado único todos los pacientes que se encuentran en espera de atención para una determinada especialidad, procedimiento o cirugía, desde los diferentes puntos de la red.

2. Estimación de la Demanda de Atención 2007, como “demanda expresada según origen”. Se entiende por “demanda expresada” el total de las solicitudes de atención derivadas a la atención hospitalaria, la que incluye el total de derivaciones generadas en atención primaria, hayan sido satisfechas o no.

Es decir el total de interconsultas a especialidad, el total de solicitudes de hospitalización, y para la emergencia hospitalaria, el total de consultas de urgencia, desglosada según el sitio donde se origina. En caso de no contar aún con información confiable, se sugiere calcular la demanda en base a lo realizado el año anterior, la lista de espera y el incremento poblacional anual. Si bien, la demanda expresada subestima la necesidad real de atención, al menos permite dar respuesta a las listas de espera, que son la expresión de la brecha de atención, y así, en aproximaciones sucesivas adecuar la oferta a la demanda.

Para los problemas priorizados, que son fundamentalmente los problemas AUGE, la demanda se calculará en base a la incidencia y/o prevalencia del problema en la población a atender.

3. **Cálculo de Actividades o prestaciones** necesarias para la satisfacción de la demanda expresada (demanda potencial o corregida de prestaciones). Para resolver la demanda de atención cada centro de responsabilidad o unidad produce determinadas actividades (prestaciones). Por lo tanto, se necesita conocer la composición de esas actividades, es decir, el tipo y número de actividades a realizar para resolver los casos referidos a la consulta de especialidad, a hospitalización o en consulta de urgencia. Esto se hace mediante la aplicación de coeficientes técnicos. Los coeficientes técnicos son la expresión de la proporcionalidad con que se combinan las actividades para la resolución de una demanda de atención. Esta proporcionalidad o concentración de actividades se puede estimar de lo observado, tomando la proporcionalidad que se observó en los períodos precedentes (por ejemplo, por cada caso que accede al consultorio de especialidades, se producen en promedio “n” consultas, “n” procedimientos, “n” cirugías ambulatorias). No obstante los coeficientes así obtenidos deben ser analizados críticamente. En el caso de los problemas de salud AUGE y aquellos que tienen guías clínicas, las actividades a realizar por problema de salud, en cuanto a cantidad y calidad están definidas en dichas guías.

Como mínimo deben calcularse por servicio clínico y especialidad los siguientes coeficientes técnicos:

- N° de Controles anuales por cada consulta nueva de especialidad
- N° de Procedimientos ambulatorios por cada consulta nueva de especialidad.
- N° de Intervenciones quirúrgicas ambulatorias por cada consulta nueva de especialidad
- N° Promedio de días cama por egreso
- N° Promedio de días cama UCI y UTI por egreso
- N° de Procedimientos hospitalarios por egreso
- N° de Intervenciones quirúrgicas por egreso

4. **Cálculo de Recursos Necesarios** para la realización de las actividades programadas. Mediante la determinación de los recursos requeridos para realizar una actividad y la aplicación de rendimientos y/o grado de uso estandarizados, se cuantifican los recursos necesarios para la satisfacción de la demanda expresada.

En el método de programación sanitaria los recursos necesarios para la realización de una actividad se combinan en una determinada proporcionalidad o “instrumento”, entre ellos se distingue un recurso principal o recurso nuclear que da nombre al instrumento y es el recurso que calculamos en primer término, por ejemplo, para la realización de la consulta de especialidad el instrumento se llama “hora médica especialista”, no obstante el instrumento incluye una proporción de tiempo de otro personal (enfermera, técnico paramédico, auxiliar), una proporción de insumos, y de equipos, etc.

Una parte importante del cálculo de recursos, es el cálculo de los recursos financieros para bienes y servicios (costo de los fármacos y otros insumos que varían en dependencia del volumen de prestaciones a realizar), y que en los hospitales más endeudados puede ser una limitante importante a la satisfacción de la demanda. En el caso de los problemas de salud priorizados (GES) y sus correspondientes actividades protocolizadas, es necesario hacer la estimación de recursos, teniendo en consideración que ellos se comparten en la resolución de problemas GES y No GES.

Se deberá prestar especial atención a los recursos que son críticos para el cumplimiento de garantías.

- 5. Determinación de la Oferta de Recursos.** Cada Unidad hará un inventario de los principales recursos necesarios para realizar sus actividades: Hrs. contratadas por profesión y/o especialidad, diferenciadas para las distintas actividades (consulta, procedimientos, cirugías, etc.), estimación de hospitalizaciones de la especialidad por tipo de cuidados, dado el modelo de camas indiferenciadas, o camas de hospitalización disponibles por unidad de atención o servicio clínico en el modelo antiguo, horas pabellón disponibles (es decir pabellones dotados de los recursos humanos y físicos indispensables para su funcionamiento).

En la estimación de recursos se releva el cálculo de horas médicas especialista, por ser éste un recurso indispensable en la mayoría de las actividades a este nivel. Sin embargo en el análisis se deberá tener en consideración la suficiencia e incorporar a los costos, las demás categorías de personal. En el caso de las horas médicas y de otros profesionales, además de conocer las horas contratadas, que habitualmente se expresan en horas semanales, necesitamos calcular las horas efectivamente disponibles para atención directa de pacientes.

Para las horas médicas, en ejercicios anteriores, se definió un 80% de las horas contratadas. Este % se obtiene de restar a las horas contratadas, los días festivos, el feriado legal, una estimación promedio de permisos médicos y administrativos, con lo cual se obtiene el tiempo laborable. Además se resta al tiempo laborable, tiempo para realizar lo que se denomina “actividad indirecta” y que incluye toda actividad necesaria y autorizada por las jefaturas para reuniones clínicas, actividades administrativas, capacitación, docencia e investigación. Si bien estos porcentajes pueden flexibilizarse se debe tener presente que una mayor carga de actividad indirecta reducirá el tiempo disponible para la atención de pacientes.

6. **Balance de Recursos y Determinación de Brechas** para la satisfacción de la demanda expresada, según la fórmula: total recursos disponibles menos total recursos necesarios ($R. \text{ Disponibles} - R. \text{ Necesarios}$), el resultado puede ser un balance ajustado o una brecha, que se expresa como recursos faltantes o excedentes. Este balance se realizará a nivel de cada Servicio Clínico o unidad operativa (incluyendo atención abierta y cerrada) y se sugiere sea revisada por la fuerza de tarea encargada del proceso para proponer los ajustes necesarios.

Las brechas se pueden calcular también a nivel de la demanda y oferta de atención, como se hace al principio del proceso de programación, o a nivel de demanda-oferta de prestaciones.

7. **Análisis de las Brechas** en el marco de los objetivos y orientaciones de la red. Las brechas se consolidarán a nivel de establecimiento. Si no es posible resolver las brechas a nivel de equipo clínico ni de establecimiento, serán analizados y resueltos (cierre de brechas) a nivel del CIRA. En el caso de los problemas de salud garantizados (GES), las brechas que no sea factible cerrar en la red ni en la macrored, deberán ser comunicadas oportunamente al Directorio de Gestión de Compra para su resolución.
8. **Formulación del programa y presupuesto anual por establecimiento.** Producto del análisis y discusión de alternativas de solución en el CIRA se puede llegar a acuerdos- Plan de ajuste- que impliquen modificar el perfil actual de producción de servicios en uno o varios establecimientos para ajustarlo a la demanda y al presupuesto con que se cuenta como red.
9. **Implementación de la Programación Anual.** En esta etapa se realiza monitoreo del cumplimiento y los ajustes necesarios.
10. **Evaluación de la Programación Anual.** Durante el último cuatrimestre de cada año se realiza la evaluación de cumplimientos de la programación actual que a la vez servirá de diagnóstico de actividad de la red para el período siguiente.

También se deberá incluir, como servicio de apoyo, la estimación del uso de camas críticas (UCI-UTI), ya que por su costo inciden fuertemente en el gasto. Para esto se requiere conocer el servicio de procedencia de los pacientes hospitalizados en camas críticas, lo que permitirá adjudicar a los costos de los servicios finales un cierto número de días-cama crítica.

No menos importante es comunicar a otros servicios de apoyo la presunción de actividades finales programadas para el año, de manera que estos puedan programar también la producción de sus actividades de apoyo (exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica).

Intervenciones Sugeridas para el Ajuste de la Programación.

Dependiendo de la situación y de las causas por las que se producen los desbalances, los encargados de la programación pueden proponer diferentes intervenciones para el cierre de las brechas: a través de manejar la oferta, la demanda o ambas:

Intervenciones sobre la oferta:

- Cambiar la estrategia de intervención
- Cambiar la composición del instrumento o delegar en otro recurso
- Modificar los rendimientos
- Trasladar o reconvertir recursos dentro de la red
- Aumentar los recursos a expensas de un incremento de presupuesto
- Derivar a otra red

Intervenciones sobre la demanda:

- Mejorar la pertinencia de la demanda
- Focalizar por riesgo
- Disminuir cobertura
- Disminuir concentración de actividades
- Utilizar métodos de tamizaje, selección u orientación de la demanda

Una vez sancionada la programación y el presupuesto de cada establecimiento por el Gestor de Red, sus metas de producción se constituyen en compromiso del establecimiento para con la red. Los equipos técnicos de la Dirección de Servicio realizarán el monitoreo de su cumplimiento y rendirán cuenta periódica en el CIRA. Parece conveniente evaluar el cumplimiento de metas a mediados de año para introducir las modificaciones necesarias e iniciar la preparación del siguiente período de programación.

PRODUCTOS DE LA PROGRAMACIÓN ESPERADOS EN LA RED

1. Estimación de cuidados primarios.
 - Demanda de morbilidad según tasa de consulta, de prevalencia de patología crónica por grupo de edad.
 - Estimación de controles de salud y de crónicos según concentraciones y rendimientos.
 - Estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud.
2. Demanda de atención de Especialidad recogida en el origen.
 - Demanda de Consultas Nuevas de especialidad, por especialidad existente en la Red
 - Demanda potencial o corregida(1) de consultas totales, procedimientos para atención abierta y de cirugía ambulatoria para atención abierta
 - Demanda de hospitalización por servicio clínico de cada establecimiento hospitalario de la Red
 - Demanda potencial o corregida de días cama, cirugías y procedimientos médicos para atención cerrada

- Demanda potencial de días cama UTI y UCI
 - Lista de Espera consolidada (de toda la red) por especialidad en atención abierta para: consulta, procedimiento y cirugía ambulatoria
 - Lista de Espera consolidada para hospitalización y cirugía cerrada por Servicio clínico de cada establecimiento de la red.
3. Estimación de recursos necesarios
- Horas técnico-profesional para cuidados primarios
 - Horas técnico-profesional por especialidad para atención abierta y cerrada
 - Estimación de camas por Servicio Clínico
 - Estimación de días cama crítico: (UTI y UCI) adulto, pediátrica y neonatal
 - Estimación de Horas pabellón quirúrgico para cirugía mayor ambulatoria y en pacientes hospitalizados
4. Oferta de recursos
- Oferta de horas técnico-profesional para cuidados primarios
 - Oferta de horas técnico-profesional por especialidad para atención abierta y cerrada
 - Oferta de camas por Servicio Clínico
 - Oferta de días cama crítico: (UTI y UCI) adulto, pediátrica y neonatal
 - Oferta de horas pabellón quirúrgico para cirugía mayor ambulatoria y en pacientes hospitalizados
5. Brecha de recursos
- Brecha de horas técnico-profesional para cuidados primarios
 - Brecha de horas técnico-profesional por especialidad para atención abierta , para cada establecimientos y para toda la Red.
 - Brecha de días camas por servicio clínico, por establecimiento
 - Brecha de horas pabellón Cirugía ambulatoria y cirugía cerrada
 - Brecha de Camas críticas por establecimiento de la Red.
6. Valorización de la Programación.

(1) Demanda Potencial o corregida: La demanda potencial o corregida se refiere a la estimación de la demanda a través de coeficientes técnicos con el fin de sumar a la demanda registrada, aquella que se produciría al satisfacer la demanda de la prestación básica que la origina (Ej. consultas médica de especialidad, días cama)

ANEXOS

Nº 1: Cuidados de salud a través del ciclo vital

Nº 2: Rol de atención primaria en el GES

Nº 3: Marco jurídico

Nº 4: Criterios técnicos para programación de atención cerrada y ambulatoria de especialidad