

IV. Planificación y Programación en Red

1. Integración de las acciones de la Red Asistencial con la Autoridad Sanitaria

La integración expresa el efecto articulador y de coherencia que tiene los subsistemas de salud dentro del sistema. A través de leyes y normas y prácticas comunes, se organizan e integran las diferentes partes del sistema para configurar y dar unidad a una identidad concreta que es el Sistema de Salud Público Chileno.

a) La Subsecretaría de Salud Pública, que ejerce el rol de Autoridad Sanitaria Nacional mediante sus funciones de vigilancia y protección de la salud de las personas en el entorno social, ambiental y laboral. A nivel regional, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) y sus Oficinas Provinciales cumplen el Rol de Autoridad Sanitaria Regional. La Ley establece que las SEREMIS deben contar con un Consejo Consultivo integrado por actores relevantes de la ciudadanía. Esta Subsecretaría tiene una importante función en la vigilancia epidemiológica, que se describe en el Anexo N°2.

b) La Subsecretaría de Redes Asistenciales, es responsable de la Gestión en Red de los Servicios Asistenciales y coordina a los 29 Servicios de Salud del País. Asimismo, tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para Regular y velar por el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas, atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como, las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares que serán exigibles.

Los Servicios de Salud son la autoridad técnica de los Programas de Salud que se aplican en los Establecimientos de la Red Asistencial.

Ambas Subsecretarías de Salud, en forma integrada y con un trabajo en Red y participativo, desarrollan las funciones básicas de salud pública orientados al logro de los objetivos sanitarios de la década.

2. Roles y Funciones de la Programación en Red

Los énfasis de la Planificación y Programación en Red están dados principalmente por la Reforma de Salud, los Objetivos Sanitarios de la década y el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, incorporando el Sistema de Protección Social a grupos prioritarios (infancia y adultos mayores) y basado en las características socio demográficas de la población con una tendencia creciente al envejecimiento.

En el proceso de Programación en Red, cada actor tiene una función específica:

Ministerio de Salud

Le corresponderá, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 19.937, Artículo 4, formular y

fijar las políticas de Salud que serán la base de la programación, controlando además el cumplimiento de ellas.

Seremi de Salud

En su función de autoridad regional debe:

- Mantener actualizado el diagnóstico regional y realizar Vigilancia Epidemiológica
- Evaluar metas sanitarias de APS

Servicios de Salud

Liderados por el Gestor de Red, son quienes analizan y gestionan su oferta y demanda, en función de los requerimientos de salud de la población y la presentación del Plan Anual

El Rol del Servicio de Salud, es la articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.

Gestor de la Red

El Director del Servicio de Salud, tiene el rol de Gestor de Red, es responsable de la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que presten los Establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud. Asimismo, debe velar por la referencia y contra referencia de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red, conforme a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud.

El Gestor de Red, dispone de distintas instancias para facilitar la Articulación de la Red Asistencial. Uno de ellos, es el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA). Este Consejo, está constituido por representantes de Establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención y privados que integren la Red Asistencial del Servicio y presidido por el Gestor de Red. Tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud, los hospitales y los Establecimientos de Atención Primaria, sean estos propios del Servicio o Establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud. Asimismo le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten nodos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

3. Ejes de la Programación en Red

A. Eje Organizacional

A.1 Diseño General del Sistema Sanitario en Red²

Es importante señalar que el Sistema de Salud, en el desafío de construir la Red Asistencial de los Servicios de Salud, pretende transitar desde un Diseño de Red que surge desde la oferta, desde lo que el sistema sabe hacer y ofrecer, a un Diseño de Red, que se origine a partir de las necesidades de las personas; es decir, desde la demanda, incorporando al usuario en este proceso de cambio.

El siguiente diagrama permite apreciar que el Sistema de Salud en Chile, se desarrolla esencialmente en un proceso de continuidad de la atención en torno al usuario, que tiende a la satisfacción de sus necesidades en el proceso de salud-enfermedad.

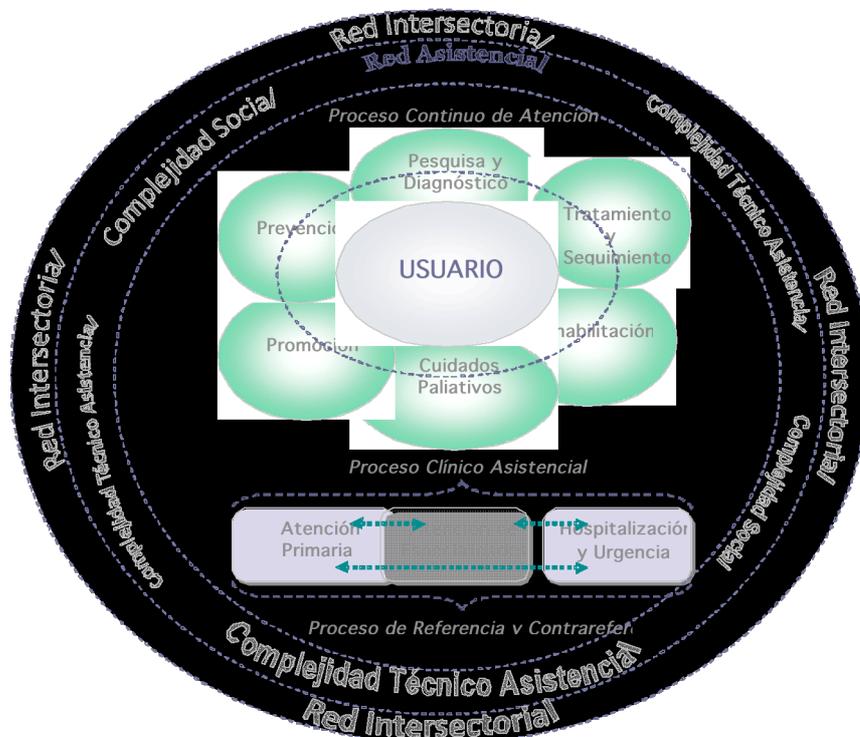


Ilustración 1: Diseño General del Sistema Sanitario en Red

La continuidad de la atención, se efectúa a través de la Red Asistencial, que convive e interactúa con la Red Intersectorial, tanto pública como privada. La funcionalidad de esta Red Asistencial, está determinada por dos factores; uno, la Complejidad Social de la población a la que atiende y otro, la Complejidad Técnico Asistencial de la resolución de problemas de salud.

²Subsecretaría De Redes Asistenciales, División De Gestión De Red Asistencial, Departamento De Gestión De Servicios De Salud. Documento de Trabajo "Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud". Septiembre 2010.

A su vez, la Red se operativiza en los niveles de capacidad resolutive, de Atención Primaria, de Especialidades, de Hospitalización y de Urgencia. En este sentido, la Red Asistencial, es el sistema de organizaciones públicas y en convenio, que se coordinan, potencian y complementan en actividades destinadas a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas y que se operativiza a través de un Modelo de Gestión, que conduce a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración e implica capacitación (nivelación y actualización) continua de sus equipos.

En este Diseño, la Atención Primaria de Salud es el eje del sistema que interactúa fuertemente con la comunidad y con otros sectores, a través de las acciones de prevención, promoción, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y, algunas especialidades. Corresponde a la principal puerta de entrada hacia la Red Técnico Asistencial, resolviendo un porcentaje importante de la demanda y originando el Proceso de Referencia y Contrarreferencia hacia las especialidades médicas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la hospitalización

A.2 Modelo de Gestión en Red³

Con el propósito, de llevar a cabo el Modelo de Atención Integral, la Reforma plantea un Modelo de Gestión en Red basado en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Salud Familiar, en la transformación hospitalaria con énfasis en la ambulatorización y la articulación de la Red Asistencial, de acuerdo a las necesidades locales

El Modelo de Gestión en Red, consiste en la operación del conjunto de establecimientos, de diferentes niveles de capacidad resolutive, interrelacionados por una serie de protocolos y estilos de trabajo acordados y validados entre los integrantes, que permiten el tránsito de los usuarios entre ellos, de acuerdo al flujo determinado para cada uno de los problemas de salud asegurando la continuidad de la atención.

En este sentido, la Red Asistencial, corresponde a un Modelo de Gestión del quehacer en salud, que conduce a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración e implica la nivelación y actualización continua de la formación de sus equipos de salud.

La conformación de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, contempla al “conjunto de Establecimientos Asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los Establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud de su territorio y los demás Establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población”⁴.

La Red de cada Servicio de Salud se organiza “con un primer Nivel de Atención Primaria,

³ Subsecretaría De Redes Asistenciales, División De Gestión De Red Asistencial, Departamento De Gestión De Servicios De Salud. Documento de Trabajo “Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud”. Septiembre 2010.

⁴ Art. ... Ley N° 19.937

compuesto por Establecimientos que ejercerán funciones Asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad técnica que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos⁵.

Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, dependientes de municipios, de servicios de salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el servicio de salud respectivo.

Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud en relación con la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberán mantener.

Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que les prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distintos.⁶

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de la ley N° 18.469, y sus cargas, podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.”.

Cada Servicio estará a cargo de un director seleccionado, designado y evaluado conforme al Título VI de la ley N° 19.882. Al director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.⁷

⁵ Art. 16. Ley N° 19.937

⁶ Art 16 ter. Ley N° 19.937

⁷ Art. 18 y 18 bis, Ley N° 19.937

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutoria del nivel primario de atención. Con este objeto, conforme a la ley N° 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contra derivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red.

“Sin perjuicio de lo dispuesto en los Títulos IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones: “a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.

Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red, en los términos del artículo 25 B.”⁸

La red asistencial según la Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937

De modo esquemático se puede señalar que la Reforma de Salud y su Reglamento⁹ clasifican a los establecimientos en dos grandes tipos:

⁸ Ley N° 19.937 de “Autoridad Sanitaria” Publicada en Diario Oficial de 24/02/2004

⁹ “Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red” DTO. N° 38 de 2005

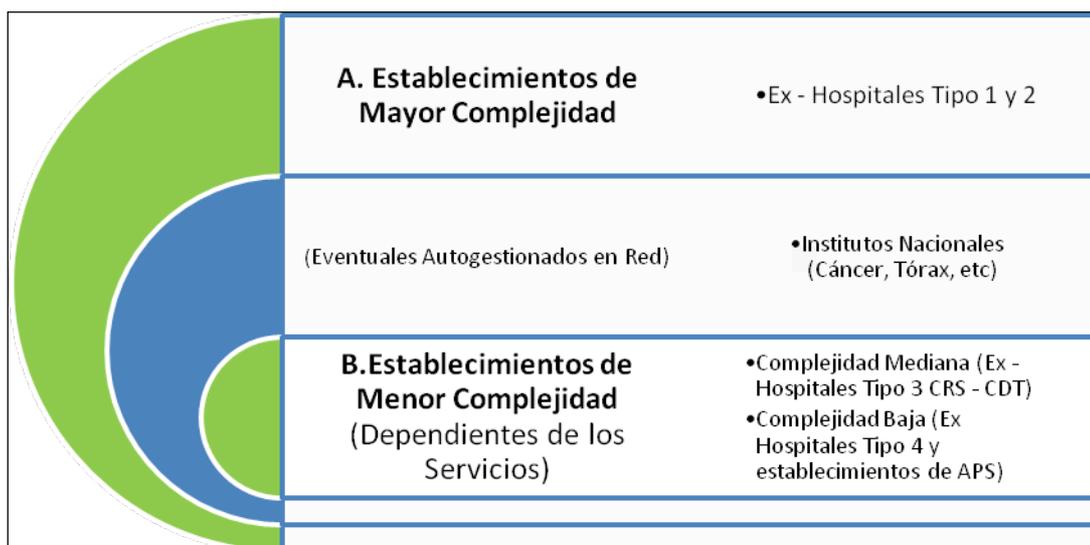


Ilustración 2: Clasificación de los Establecimientos

i. Establecimientos de Mayor Complejidad ¹⁰

Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, podrán obtener la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", en adelante "Establecimientos Autogestionados", y se regirán por las normas que señala este capítulo y, en forma supletoria, por el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Para estos efectos se entenderá que tienen mayor complejidad técnica aquellos establecimientos que estén clasificados como de alta complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Asimismo, por mayor desarrollo de especialidades se entenderá que los establecimientos, de acuerdo a su complejidad técnica, cuentan con al menos una de las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, y poseen varias subespecialidades de la medicina que no corresponden a las especialidades básicas citadas, tales como cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, otorrinolaringología, entre otras.

La organización administrativa corresponde al conjunto de mecanismos o procesos administrativos que sostienen la gestión asistencial, y que incluyen unidades y procedimientos, tales como sistemas de abastecimiento, contabilidad, información, control de gestión, entre otros, que se disponen de acuerdo al plan de desarrollo estratégico del establecimiento, para facilitar y hacer posible las funciones del establecimiento en forma oportuna, eficaz, eficiente y efectiva.

Corresponde a los antiguos hospitales Tipo 1 y 2, a los que se agregan actualmente los

¹⁰ Art. N° 11 Ley N° 19.937

Institutos de Referencia Nacional para especialidades únicas como son: Instituto de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica, Instituto Nacional del Cáncer, Instituto de Neurocirugía.

Tienen la posibilidad de constituirse en entidades autónomas, con patrimonio propio y que pudieran darse normas financiero administrativas singulares para su funcionamiento. Deben cumplir la condición de realizar sus actividades coordinadas con las redes de los servicios a los que están adscritos y en los casos de los Institutos Nacionales deben acoger a usuarios de todo el país

Hospitales

El Hospital es el establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o en atención cerrada. Al Hospital le corresponderá otorgar, dentro de su ámbito de competencia, las prestaciones de salud que el Director del Servicio le asigne de acuerdo a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud sobre la materia.

Con tal objeto propenderá también al fomento de la investigación científica y al desarrollo del conocimiento de la medicina y de la gestión hospitalaria. Será obligación del Hospital la formación, capacitación y desarrollo permanente de su personal, la difusión de la experiencia adquirida y la del conocimiento acumulado.

Institutos:

Recibirá la denominación de "Instituto", el establecimiento destinado a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, determinado en esa condición por el Ministerio de Salud, de acuerdo a su complejidad, cobertura y apoyo a la Red Asistencial.

ii. Establecimientos de Menor Complejidad: Dependientes de los Servicios de Salud¹¹

Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, en adelante los Servicios, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, podrán obtener, si cumplen los requisitos establecidos, la calidad de Establecimientos de Salud de Menor Complejidad, en adelante "Establecimientos de Menor Complejidad" y se registrarán por las normas que señala este capítulo y, en forma supletoria, por el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Asimismo, por menor desarrollo de especialidades se entenderá que los establecimientos, de acuerdo a su complejidad técnica, no cuentan con las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, o cuentan con una o más de ellas, y no poseen o sólo poseen excepcionalmente algunas de las subespecialidades de la medicina que no correspondan a las especialidades básicas citadas.

¹¹ Art.º 1 del "Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red" DTO. N.º 38 de 2005

Para estos efectos se entenderá que tienen menor complejidad técnica aquellos establecimientos de atención primaria o que estén clasificados como establecimientos de Mediana o Baja Complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Entre los establecimientos de Menor Complejidad deben distinguirse, a su vez, dos categorías: los de Complejidad Mediana y los de Complejidad Baja

iii. Establecimientos de Complejidad Mediana

A este grupo de establecimientos pertenecen los Ex Hospitales Tipo 3, los Centros de Referencia de Salud CRS y los Centros de Diagnóstico y Tratamiento CDT.

a) Ex Hospitales Tipo 3

Son los que realizan acciones de complejidad mediana, dan atenciones de especialidades básicas y algunas subespecialidades. Cuentan con atención ambulatoria de especialidades, dan atención cerrada en hospitalización, con camas básicas y también intermedias.

Se integran a sus redes correspondientes entregando el tipo de atenciones que las redes les demanden, acorde a lo resuelto por su gestor de red.

b) Los Centros de Referencia de Salud (CRS)

Son establecimientos de atención abierta de mediana complejidad, que proporcionan atención de tipo diagnóstico y terapéutico preferentemente a pacientes referidos por los Consultorios Generales.

c) Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT):

Los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) son establecimientos de atención abierta, con procesos de alta complejidad, adosados o no a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud y consultorios generales, y a personas hospitalizadas en el establecimiento al cual está adosado. Cuentan con Laboratorios y pabellones quirúrgicos que les permiten resolver de forma ambulatoria las derivaciones de sus redes.

iv. Establecimientos de Complejidad Baja:

Los establecimientos de baja complejidad, según las definiciones legales anteriores, son los Consultorios y las Postas de Salud Rural. A estos deben agregarse los Hospitales de Baja Complejidad, actualmente en transformación a Hospitales Comunitarios, que a continuación se detallan:

a) Hospitales de Baja Complejidad en transformación a Hospitales Comunitarios:

El Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC), es un establecimiento que forma parte de la estrategia de atención primaria, entendida como la manera de organizar el conjunto de la

atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención¹². En este marco, estos centros brindan una amplia gama de servicios de atención: ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad; todo ello desde la perspectiva de las necesidades y preferencias de la población del territorio al que pertenece, considerando como tal, aquel de dónde proviene la población que acude al centro, más allá de la definición político administrativa de los municipios.

Estos establecimientos también forman parte de la Red asistencial de los territorios y por tanto están disponibles con sus recursos, en forma solidaria, para el resto de la red asistencial y del mismo modo cuentan con los recursos de ésta para los casos que superen su capacidad resolutoria instalada. En tal sentido también constituyen un puente de desarrollo del Modelo de Atención Integral y Comunitario para todos los establecimientos de la red asistencial.

Todo ello define el carácter particular de estos centros hospitalarios, cuyo eje es asumir la responsabilidad del cuidado integral de la salud de la población de un territorio, contribuir a la continuidad del cuidado en la red asistencial y contribuir al desarrollo social de las comunidades.¹³

b) Consultorios Generales:

Son los establecimientos esenciales para dar la Atención primaria de salud; corresponde al que tiene por objeto satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel primario y que cuenta con todas las características de infraestructura, recursos humanos y equipamientos necesarios para dar una atención integral a su población a cargo. Podrán ser urbanos o rurales según se ubiquen en localidades de iguales características.

Realizan actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación, en los distintos aspectos de la salud familiar e individual, que abarcan todo el ciclo vital, que consideran las características de las diversas comunidades donde se insertan, y para realizar sus actividades trabajan considerando los determinantes sociales de la salud de dichas comunidades y brindan sus prestaciones con pertinencia cultural.

CESFAM: Corresponden a consultorios que han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario. La certificación se obtiene mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes desarrollarán competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo. Éstos, han sido certificados periódicamente mediante instrumentos de medición especialmente formulados para su evaluación en las diversas áreas de desarrollo propuestas.

Cuentan, entre sus estrategias el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias; su programación se hace sectorizadamente, se trabaja con familias con enfoque biopsicosocial, se fomenta el autocuidado y los estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales, con constantes nexos con el intersector, las acciones son

¹² Informe sobre la salud en el mundo 2008 «La atención primaria de salud, más necesaria que nunca» M. Chan, Directora General de la OMS. Octubre 2008

¹³ “Marco Referencial para los Hospitales Comunitarios” DIVAP-MINSAL Documento de Trabajo 2008

participativas en todas sus etapas, la atención está en medicina basada en evidencia y se apoya en guías y protocolos, se buscan resultados sanitarios, con permanente mejora de coberturas y compensaciones, disminuyendo agudizaciones o agravamientos de patologías crónicas, disminuyendo hospitalizaciones evitables, disminuyendo daños a las familias tales producidas por disfunciones tales como VIF, alcoholismo y/o drogadicción, mediante la aplicación de estrategias antropológicas y sociológicamente aceptables en el trabajo multisectorial.¹⁴

c) Postas de Salud Rurales:

“Las Postas de Salud Rural tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las enfermedades y el auto cuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos así como su acceso al sistema de protección social.”¹⁵

CECOSF: No son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio o CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo.

ESTACIONES MÉDICO RURALES: No son establecimientos por sí mismos. Al igual que los CECOSF corresponden a estrategias de trabajo; actualmente esta estrategia esta en disminución como consecuencia de la disminución de la ruralidad en el país. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio, CESFAM, PSR y ocasionalmente de un Servicio de Salud. Funcionan por medio de atenciones que otorga el equipo de salud de un consultorio o una Posta a las poblaciones usuarias, en zonas de máxima dispersión, en locales provistos por la comunidad. Son asistidos por rondas de profesionales o técnicos en forma periódica.

A.3. Proceso de Diseño de la Red de los Servicios de Salud¹⁶

Para la elaboración de la programación en red, es necesario considerar, el ordenamiento previo de los componentes de la Red, a través de la aplicación de un Proceso de Diseño y/o Rediseño de la Red de los Servicios de Salud.

14 “En el Camino a Centro de Salud Familiar” MINSAL Subsecretaría de Redes Asistenciales 2008

15 “Nuevos Estándares para Postas de Salud Rural” Documento de trabajo DIVAP- MINSAL 2009.

16 Subsecretaría De Redes Asistenciales, División De Gestión De Red Asistencial, Departamento De Gestión De Servicios De Salud. Documento de Trabajo “Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud”. Septiembre 2010.

En este sentido, se presentan orientaciones para la elaboración del Proceso de Diseño, Implementación y Evaluación de la Red de cada Servicio de Salud, tomando como unidad de análisis el Servicio de Salud, ya que considerando la articulación de sus Establecimientos o componentes, es una Red en sí misma.

El siguiente esquema resume las etapas, los elementos relevantes y el ordenamiento metodológico para realizar un Proceso de Diseño de la Red del Servicio de Salud, basado en el Modelo de Atención Integral y operacionalizado a través del Modelo de Gestión de Redes Asistenciales.

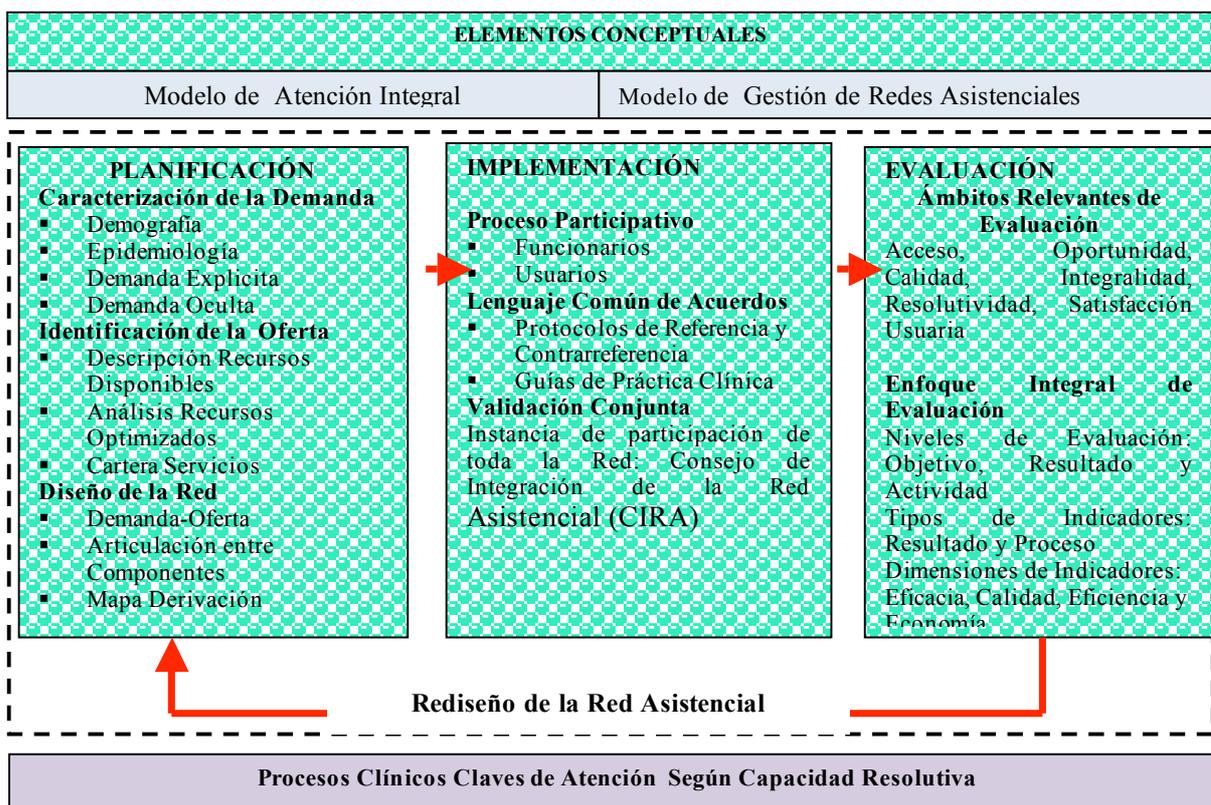


Ilustración 3: Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud

B. Eje Asistencial

B.1. Modelo de Atención Integral en Salud

El Modelo de atención constituye un elemento eje de la Reforma del sector, siendo aplicable a toda la Red de Salud. Sus elementos centrales son:

a) Enfoque Familiar y Comunitario

Entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad y entregándoles herramientas para el auto cuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludable, en fomentar la acción multisectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud.