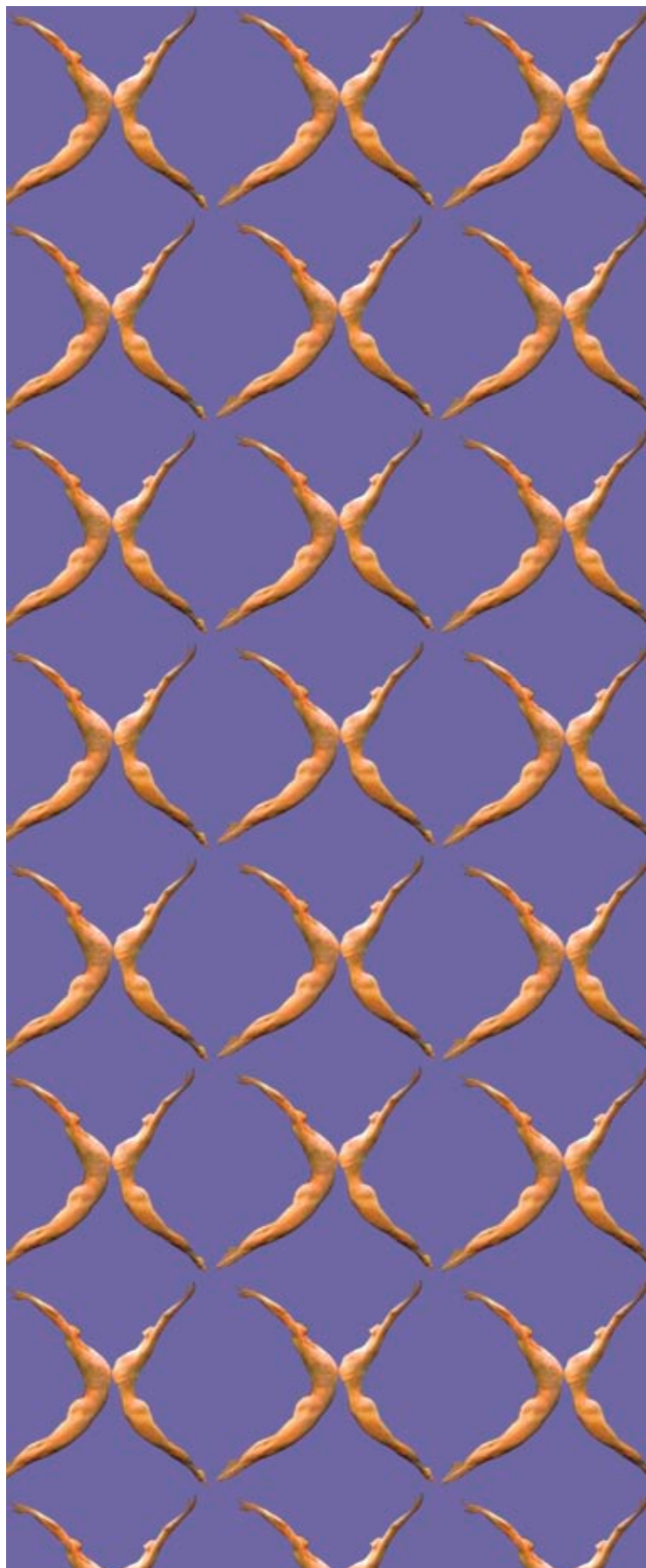
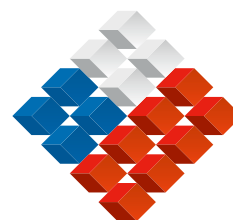


SERIE CUADERNOS DE REDES N° **20**

MARCO REFERENCIAL HOSPITALES DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD



SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISIÓN ATENCIÓN PRIMARIA / Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Marco Referencial Hospitales Comunitarios



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

**Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria
Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria**

Edición:
Dra. Leticia Avila
Dra. Verónica Rojas

Índice

Agradecimientos	5
Presentación	7
Introducción	9
I. Análisis de Contexto	11
Cambios en el mundo rural	11
Cambio epidemiológico de la población	12
Cambio del perfil de uso de los h4	12
Complejidad de la atención primaria	13
Percepción comunitaria	13
Cambios que impulsa la reforma	13
II. Hospital de la Familia y la Comunidad	17
Definición	17
Aspectos distintivos de un Hospital de la Familia y la Comunidad	18
III. Proceso de Gestión del Cambio	21
1.- Ámbitos de toma de decisión	21
1.1. Modelamiento de red y criterios para la toma de decisión	22
1.2. Rediseño del establecimiento a Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC)	24
2.- Gestión del cambio	24
2.1. Formación de un equipo gestor	24
2.2. Equipo de apoyo y soporte técnico	25
2.3. Ámbitos de la gestión del cambio	25
3. Estrategias de implementación del cambio	29
3.1. Integración a la estrategia de Atención Primaria de Salud	29
3.2. Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar Comunitario	31
3.3. Definición de Capacidad resolutive y cartera de servicios, de acuerdo a las necesidades de atención de salud de la población del territorio al que sirve.	37
3.4. Modernización de la Gestión	43
3.5. Integración del Establecimiento a la Red Asistencial.	45
3.6. Integración a la Red Territorial Comunal	46
3.7. Recursos necesarios	47
Anexo 1: Normativa Legal Asociada a los Hospitales de Baja Complejidad (Hbc)	51
Anexo 2: Cambios Observados en el Mundo Rural	57
Anexo 3: Diagnóstico de Situación de la Red de Salud	61
Anexo 4: Análisis de Situación del Hbc	67
Anexo 5: Principios del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario	69
Anexo 6: Niveles de Intervención con Familias	73

Agradecimientos

Agradecemos a todas las personas que con sus aportes y revisión crítica hicieron posible esta edición del “Marco Referencial Hospitales Comunitarios”, a los equipos del Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria, la División de Gestión de Red Asistencial, la División de Inversiones y los Servicios de Salud que han colaborado con su experiencia y visión. Muy especialmente a los Servicios de Salud de O’Higgins, Reloncavi, Ñuble, Bío-Bío y Metropolitano Occidente a través del Hospital de Curacaví, todos los que generosamente han compartido su experiencia y aprendizaje, con el resto del país, a través de esta publicación.

Esperamos este libro sea de ayuda tanto para los equipos que ya han iniciado el cambio como para aquellos que recién lo enfrentan.

Presentación

La implementación de la Reforma de Salud, requiere de la potenciación de la estrategia de APS, el cambio en el Modelo de atención¹ y el trabajo integrado de la Red de salud. Esto conlleva al análisis y rediseño de cómo esta red se estructura y organiza para dar respuesta a las necesidades de atención de salud de las personas, en el marco de los objetivos sanitarios y la diversidad del territorio nacional.

En el marco de esta diversidad, en el mundo rural hemos visto cómo en la última década han ocurrido importantes cambios en el rol de los hospitales de baja complejidad, virando a un predominio de la atención ambulatoria y la atención de urgencia por sobre la internación en el hospital, la que se produce generalmente cuando las personas requieren procedimientos específicos y/o residen en lugares lejanos y, dado el mayor acceso a centros más especializados en busca de la mayor seguridad de los pacientes, las intervenciones más complejas son cada vez menos frecuentes. Por otra parte, la diseminación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario y el fortalecimiento de la APS, han hecho que la población de las zonas cercanas a estos establecimientos, demande cada vez más, una atención de mayor cobertura de prestaciones, más cercana y más integral.

Estos establecimientos no pueden mantenerse al margen de estos cambios y deben hacer un proceso de adaptación que les permita responder en forma adecuada a las necesidades de la población. Es así que deben asumir el desafío de la alta complejidad de la estrategia de APS, como punto de contacto más cercano y permanente de la población con el sistema sanitario, con una amplia cobertura de prestaciones que den cuenta de un cuidado integral, con responsabilidad compartida entre el equipo de salud y la comunidad y como coordinadores del cuidado continuo en el resto de la Red de Salud de los territorios.

Para ello, estos hospitales están cambiando para convertirse en centros más acogedores de las personas y sus familias, mantendrán la atención hospitalaria permitiendo que las familias pasen más tiempo con sus parientes hospitalizados, también mantendrán la atención de urgencia y harán una atención ambulatoria más cercana a la población incorporando los principios del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, ello significa que las personas se podrán adscribir al hospital del sector donde viven y podrán acceder a los mismos programas de atención que se brindan en los consultorios y centros de salud familiar del país, recibirán cuidados

preventivos, atención domiciliaria y los funcionarios del hospital podrán realizar actividades de promoción de la salud con la comunidad. Además, los equipos de salud de los hospitales y de los centros de salud se podrán coordinar mejor para brindar un mejor servicio de salud a la población. Es decir, el hospital se abre a la comunidad y adapta sus servicios de atención a las necesidades que ella tiene, coordinándose con todos los recursos que la comunidad dispone para mantener su salud.

Muchos de estos establecimientos ya han iniciado este camino de cambio, con gran creatividad, audacia y dedicación. En ellos hemos visto la oportunidad de transmitir una visión del “Hospital de la Familia y la Comunidad” a todos los establecimientos del país que deben adaptarse al nuevo escenario.

Este libro que entregamos sistematiza recomendaciones para hacer el proceso de cambio, en base a las lecciones aprendidas de los equipos de salud, que con gran entusiasmo y generosidad están contribuyendo a la construcción del modelo de atención en la Red de Salud. A todos ellos nuestro reconocimiento.



Dr. Ricardo Fábrega Lafoa
Subsecretario de Redes Asistenciales

Introducción

En el marco de la implementación de la reforma de Salud, hay dos elementos de gran relevancia, uno es la potenciación de la estrategia de APS y otro es el cambio en el Modelo de Atención, el cual, basado en los enfoques biosicosocial y sistémico, se centra en las personas y su contexto (familiar y social) como eje de las decisiones en la entrega de servicios de salud para así responder de manera integral a sus necesidades. Un desafío de la Reforma es instalar estos conceptos en la atención de salud en toda la Red Asistencial.

Al respecto, en la Ley de autoridad Sanitaria¹ se desarrollan definiciones de funcionamiento de la red, que sustentan el modelo de atención integral planteado. Se determinan distintos niveles de autonomía, funciones, mecanismos de evaluación, relación entre los distintos componentes de la red y participación de los usuarios en la gestión de dichos establecimientos.

Entre las precisiones que señala, se identifican los establecimientos de menor complejidad, entre los cuales se encuentran todos los centros del nivel primario de atención y los hospitales de baja complejidad. Esto se correlaciona con un ámbito de gran amplitud del cuidado y por ende no menos complejo que se corresponde con la estrategia de APS.

El gran desafío está entonces, en dar una mirada renovada a las características y rol que estos establecimientos hospitalarios jugarán en la satisfacción de las necesidades de atención de salud de la población y cómo se adaptan para incorporar el modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario y formar parte de la estrategia de atención primaria. Esta renovación implica un proceso gradual de renovación de conceptos, toma de decisiones en el diseño de las funciones de estos establecimientos, su relación con la red tanto asistencial como territorial o comunal y su adaptación a los nuevos desafíos de la estrategia de APS.

El presente documento, es un marco orientador para el proceso de cambio de los establecimientos hospitalarios denominados de baja complejidad (ex H4), en adelante Hospitales de la Familia y la Comunidad (HC). Éste se ha

1 Ley de Autoridad Sanitaria N° 19937

elaborado sobre la base de la experiencia acumulada por el Equipo de Salud Rural y los Servicios de Salud, así como la reflexión realizada en conjunto en los distintos espacios de discusión que se realizaron sobre el tema durante el año 2007.

Este documento aborda los aspectos distintivos que deben desarrollar los Hospitales de la Familia y la Comunidad para diferenciarse de un centro hospitalario tradicional e integrarse a la estrategia de APS. Por lo tanto, se desarrollan los conceptos y recomendaciones de implementación en ámbitos donde se ha identificado la necesidad de cambiar, tanto a nivel de la gestión como de modelo de atención, y no se abordan los aspectos generales y estables propios de la gestión hospitalaria.

Por otra parte, el énfasis está puesto en los aspectos centrales de la gestión del cambio, que permitan evolucionar hacia un cambio cultural y permanente en el tiempo, más que en el manejo de aspectos específicos y coyunturales de la prestación de servicios y programas de atención.

Finalmente, este documento no aborda modificaciones a aspectos estructurales del sistema de salud que se encuentren en proceso de diseño y validación, tal es el caso del modelo de financiamiento definitivo de estos establecimientos.

Esperamos que este documento sea de apoyo tanto a los equipos de salud que se encuentran en el proceso de cambio, como aquellos que lo iniciarán prontamente.



Dr. Hugo Sánchez R.
División de Atención Primaria

1. Análisis de Contexto

Los Hospitales tipo 4 surgen, como una manera de abordar la falta de atención médica en las zonas rurales y/o apartadas, cumpliendo un rol muy relevante en los albores del Sistema Nacional de Salud. No obstante, por estar fuertemente arraigados en la concepción y desarrollo de lo que se ha denominado como “Salud Rural”, están expuestos a seguir los cambios epidemiológicos y culturales que allí ocurran. A su vez, los cambios en el perfil epidemiológico y el avance tecnológico de los centros de atención de las zonas urbanas, sumado a las mejoras de vialidad que han mejorado el acceso a éstos², han contribuido a cambiar el perfil de uso de estos establecimientos. Finalmente, la normativa legal vigente orientada a regular el funcionamiento de la red asistencial, define un nuevo rol para estos establecimientos (ver anexo1). A continuación se detallan algunos de estos cambios que por una parte, constituyen ideas fuerza para el proceso de transformación a Hospitales de la Familia y la Comunidad y por otra, deben ser considerados a la hora de hacer el cambio:

Cambios en el mundo rural

El cambio en las localidades rurales ha significado una disminución de la población rural de 16,5% en Censo 1992 a 13,4% de la población nacional en censo 2002, lo que significó un movimiento de 181.674 personas durante el período. Tal disminución se explica por la migración de la población más joven y de sexo femenino a zonas urbanas por mejores condiciones laborales, salariales y de calidad de vida. Por otra parte, la actividad económica de la población rural se ha diversificado, determinando la migración de hombre y mujeres, quedando los hijos al cuidado de adultos mayores; también ha tenido un efecto en la dispersión de poblados pequeños que imponen un nuevo desafío a los centros de salud para efectos de mantener cobertura. Finalmente, la diversidad cultural de los territorios no sigue necesariamente la división administrativa de las comunas, lo que pone a los hospitales de baja complejidad frente al desafío del enfoque territorial (ver anexo 2)

2 Paul Ivan Dr. “Experiencia Servicio de Salud Ñuble Transformación Hospitales 4”. Puerto Montt, Septiembre 2007.

Cambio epidemiológico de la población

El envejecimiento de la población y el cambio en los estilos de vida, así como en las condiciones ambientales, nos enfrentan a la multicausalidad de los problemas prevalentes, donde el sistema de salud debe responder con un cambio tanto en aspectos cualitativos como cuantitativos en la organización del sistema sanitario y en la entrega de servicios, desde lo materno-infantil a los problemas del adulto y adulto mayor, de las enfermedades agudas y transmisibles a las enfermedades crónicas y degenerativas no transmisibles. Esto impone la necesidad de implementar nuevas terapias y enfoques, por ejemplo, orientadas a los cambios de conducta, fomento del autocuidado, educación en salud, continuidad de la atención, intervenciones sobre determinantes sociales, etcétera, lo que implica, salir de los centros hospitalarios a la atención abierta con enfoque sistémico (APS y salud familiar) y comunitario.

Cambio del perfil de uso de los h4

Se ha observado aumento de la consulta ambulatoria (APS) y de urgencia, con una relación urgencia-morbilidad al año 2006 de 44.7³. También se observa una importante disminución del índice de ocupación de camas cuya tasa promedio no supera 45% para el año 2006⁴, lo que a su vez está sobredimensionado por el uso de las camas por "casos sociales". Se observa además, disminución de los egresos Hospitalarios por embarazo, parto y puerperio en 21% desde 2001 a 2005, lo que equivale a 6727 egresos menos por estas causas en Hospitales tipo 4⁵. La tasa de decrecimiento del número de partos equivale a 50.92 % entre el 2002 y 2007 (tabla N° 1).

Otro de los cambios suscitados en los Hospitales tipo 4 es el aumento de demanda relacionada con las garantías explícitas en salud (AUGE), tanto a nivel de controles programados de personas con patologías crónicas como despacho de medicamentos y exámenes de laboratorio e imágenes, todo ello en el marco de que 85% de los casos bajo control del AUGE están en APS.

Todos estos cambios posicionan a los hospitales de baja complejidad en el ámbito de la atención primaria.

Tabla N° 1

Año	Número de partos en hospitales de baja complejidad
2002	15400
2003	14121
2004	12207
2005	11032
2006	9558
2007	7558

Fuente: REM años 2002 al 2007 Deis Minsal

3 Fuente Deis Minsal 2006

4 Fuente Deis Minsal 2006

5 Fuente Egresos Hospitalarios Deis Minsal 2006

Complejidad de la atención primaria

Es conocido que la APS es un ámbito de atención de alta complejidad, dado la amplia variabilidad y multicausalidad de las problemática de salud que enfrenta y la diversidad de estrategias y herramientas que debe desplegar para abordarlos. Existe evidencia de que los sistemas de salud basados en APS fuerte, tienen mejores resultados en salud⁶. Desarrollar una APS fuerte implica ser primer y más permanente contacto de la población con el sistema de salud, ofrecer amplio acceso, brindar amplia cobertura de atención, coordinar el cuidado en la red asistencial y asumir la responsabilidad de mantener a las personas y comunidad sanas. La implementación del enfoque biosico-social, a través del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, permite abordar estos desafíos. En este enfoque integral del ser humano, se entiende que el proceso salud-enfermedad está determinado por una sumatoria de ámbitos que condicionan la vivencia de bienestar de los individuos (espiritual, afectivo, de comunicación, ambiente, cambios de conducta, etc.) y que requieren de una serie de habilidades y destrezas específicas del equipo de salud, en las áreas psicosocial, individual, familiar y comunitaria para acompañar el cuidado de la salud y mantener o recuperar dicho estado de bienestar.

Percepción comunitaria

Existen territorios del país donde el único establecimiento de salud es el hospital de baja complejidad, allí son validados por la comunidad como el prestador más competente del territorio, dado lo completo y continuo de sus prestaciones y la presencia permanente de profesionales (médicos, odontólogos y químicos farmacéuticos en etapa de destinación y formación (EDF), lo que produce un efecto de concentración de la demanda de atención de salud de la zona. Este mismo fenómeno es fuente de resistencia de la comunidad para aceptar el proceso de transformación de estos establecimientos a Hospital de la Familia y la Comunidad, en el que perciben un deterioro del acceso a la salud. Es tarea de los propios equipos de salud orientar a la población junto con declarar y cumplir el compromiso con la calidad de la atención y mejor salud para la comunidad.

Cambios que impulsa la reforma

De la Ley de Autoridad Sanitaria destacan (detalles en anexo 1):

Rol Del Gestor De Red: El Gestor de red tiene la facultad y obligación de definir el diseño de la red asistencial del territorio y en ese marco determinar el nivel de complejidad de los establecimientos de su red, todo ello de acuerdo a los requerimientos de su población a cargo, la visión y aceptabilidad de la comunidad, la disponibilidad de recursos con los que cuenta, los objetivos sanitarios país y la relación de coordinación y colaboración que puede establecer con la atención de salud municipalizada e intersector del territorio.

Tipos de establecimientos y nivel de complejidad: define dos tipos de establecimientos de acuerdo a la tecnología disponible y la especificidad del cuidado:

6 Starfield, B (1992) "Primary Care Concept, Evaluation and Policy". Oxford University Press

- Hospitales Autogestionados en red (ex tipo 1 y 2), que corresponden a aquellos de mayor complejidad tecnológica y especificidad del cuidado, a los cuales les otorga facultades específicas definidas en la Ley.
- Establecimientos de Salud de Menor Complejidad, que se dividen en:
 - Hospitales de mediana complejidad (ex tipo 3, CDT Y CRS)
 - Hospitales de baja complejidad (ex tipo 4)
 - Centros de Atención Primaria (CES, CESFAM, CGU, CGR, PSR).

De acuerdo a la Ley de autoridad sanitaria las características más importantes de un establecimiento de baja complejidad están circunscritas a la red de establecimientos que sustentan la estrategia de APS. Éstas son las siguientes:

- Realizar acciones de cuidados primarios y de primer contacto, entendiendo éstas como aquellas destinadas a proteger la salud de poblaciones e individuos.
- Prevenir enfermedades y dar respuesta oportuna a la demanda de atención de salud, con tecnologías básicas. Estas acciones son realizadas prioritariamente de manera ambulatoria, sin embargo, algunos establecimientos (antiguos hospitales tipo 4), pueden contar con camas para hospitalización básicas e indiferenciadas; cuentan con tecnología simple, de baja complejidad para usar en atención abierta y servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento de problemas de salud de menor severidad o riesgo vital.
- El recurso humano debe tener competencias para abordar los problemas de salud más frecuentes que se presentan en la atención primaria, otorgar las prestaciones del régimen de garantías explícitas de Atención primaria, bajo los estándares de calidad establecidos y hacer un abordaje basado en enfoque familiar, propendiendo al trabajo comunitario.

Lo mencionado en este capítulo, lejos de señalar una crisis para estos hospitales, plantea un necesario e interesante punto de inflexión organizacional y de modelo de atención, que debe ser visto como una oportunidad de cambio en la medida que permite construir una visión compartida, “una nueva vocación”, que lejos de renegar de una larga tradición de aporte a la salud pública, especialmente en zonas remotas, los reafirma sobre la base de al menos cuatro premisas:

- **El cambio epidemiológico**, es una oportunidad de relevar el rol del establecimiento en el territorio, tomar la oportunidad de mantener una vocación de servicio, centrado en el usuario, con una cartera de servicios más adecuada para la realidad de su población a cargo.
- **La territorialidad**: para estos establecimientos implica asumir el liderazgo en el desarrollo de la zona y constituirse en un verdadero puente en la implementación del Modelo de atención, hacia las comunidades más desprovistas.

- **Los Recursos Humanos:** la oportunidad de analizar y asumir la responsabilidad social de los funcionarios frente al cambio de la realidad a la que respondía el establecimiento.
- **La Planificación:** el cambio debe alcanzar hasta la cultura de la organización para hacerse sustentable, ello no ocurre de manera espontánea, este debe ser planificado con amplia participación, con sentido estratégico, acompañado y permanentemente evaluado.

A fin de avanzar en el camino que los equipos de salud de estos centros de atención deben recorrer para enfrentar los desafíos antes descritos, a continuación se desarrollan los elementos que deben estar presentes en el diseño en detalle de estos nuevos centros y en el proceso de cambio y adquisición de la innovación que constituye este nuevo centro, el Hospital de la Familia y la Comunidad.

II. Hospital de la Familia y la Comunidad

Definición

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 atención⁷. 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 resolutive 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.

El accionar de los hospitales de la familia y la comunidad, se basa en el Modelo de Atención integral con enfoque familiar y comunitario⁸, basado en los principios del enfoque biopsicosocial y sistémico. En este marco se busca crear una relación de continuidad del equipo de salud con una población a cargo, que les permita manejar los factores determinantes de la salud, potenciar factores protectores, crear las condiciones para una efectiva promoción de la salud y responder de manera contextualizada e integrada, a las necesidades de atención de salud, de dicha población.

7 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

8 Manual de Implementación del Modelo de atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, Minsal 2008

Aspectos distintivos de un Hospital de la Familia y la Comunidad

Se entiende por aspectos distintivos aquello que le da el carácter particular al establecimiento, en el caso de los hospitales de la familia y la comunidad (HFC), aquello que lo diferencia de un centro de APS (CES, CESFAM) y de un hospital de mediana o alta complejidad, aquello que constituye la o las condiciones organizativas esenciales y comunes dentro de la necesaria diversidad de diseño y funcionamiento de los distintos hospitales de la familia y comunidad a lo largo del país. Los elementos distintivos más relevantes son:

- a. Visión territorial del hospital en función de:
 - Apertura y vinculación del equipo de salud con la comunidad en general y con la red comunitaria de salud e intersector
 - La red de APS que conforma con la comuna en que se encuentra inserto y las comunas vecinas
 - La red asistencial de atención secundario y terciaria del territorio del Servicio de Salud
- b. Relación explícita y planificada con la administración municipal de salud del territorio y la gestión municipal global si no administra área de salud.
- c. Población adscrita de la cuál el hospital se hace cargo del cuidado de la salud en forma colaborativa con la misma población.
- d. La atención de salud que se caracteriza por:
 - Incorporación del enfoque familiar y comunitario en todas las instancias y modalidades de atención (ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria, etc.), a través de la incorporación de las personas, familias y comunidades con un rol protagónico
 - Calidad de atención acorde a expectativas de la población
 - Atención que enfatiza los aspectos preventivos y mantiene equilibrio con los curativos y de rehabilitación
 - Acciones que enfatizan la promoción de la salud y su impacto en el bienestar y calidad de vida
- e. Ajuste de la cartera de servicios a las necesidades de la población a cargo y del territorio con el que se relaciona, con énfasis en:
 - Predominio de la ambulatorización de la atención
 - Orientada a los problemas más frecuentes de salud y prioridades sanitarias país
 - Acciones orientadas a la mantención de la población sana
 - Considerar estrategias y acciones de trabajo comunitario
- f. Incorporación de estrategias innovadoras en la gestión:
 - Gestión de calidad y evaluación de desempeño del establecimiento
 - Sistemas de información que incorporan tecnologías de información y comunicaciones
 - Profesionalización cargos directivos, perfiles de competencias
 - Sistemas eficaces de comunicación para la referencia y contrarreferencia, así como el traslado de pacientes en la red asistencial.

OBJETIVO GENERAL

Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población del territorio, proporcionando cuidado de salud integral, oportuno y de alta calidad a individuos, familias y comunidad, tanto a lo largo del ciclo vital individual y familiar, como en el proceso salud enfermedad y en el continuo de la red asistencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Otorgar prestaciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación contempladas en el Plan de Salud Familiar y las Garantías Explícitas en Salud, mediante una atención humanizada, de excelencia, personalizada y digna, en modalidad de atención abierta, cerrada, de urgencia, domiciliaria y otras, bajo el Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario.
2. Incorporar al diseño de los servicios, tanto asistenciales como comunitarios, la pertinencia cultural, los principios de la bioética y de la práctica basada en evidencia.
3. Integrar acciones de salud con el resto de los establecimientos de la red distribuidos en su territorio en torno a amplio acceso y continuidad del cuidado.
4. Fortalecer el desarrollo comunitario y la incorporación progresiva de la comunidad como sujeto participante y co-responsable del cuidado de su salud.
5. Desarrollar e implementar mecanismos de coordinación e integración intersectorial, a través del Plan de Salud Comunal y la implementación local de las políticas de salud pública consignadas en dicha planificación.
6. Poner a disposición de la red de salud y las comunidades el aprendizaje y generar conocimiento relativo a esta innovación mediante la investigación y sistematización de estas experiencias en el contexto de la salud rural.

III. Proceso de Gestión del Cambio

En estas recomendaciones se entiende la gestión del cambio como el proceso global que va desde la identificación de la necesidad de cambiar hasta la incorporación de la innovación en las rutinas de la organización, pasando por el proceso de toma de decisión, planificación estratégica e implementación de los cambios, en los distintos niveles de gestión y en las distintas organizaciones que corresponda. Este capítulo entrega algunas recomendaciones para este proceso tanto a nivel de la Red como de los hospitales de baja complejidad en particular.

1.- Ámbitos de toma de decisión

Pueden distinguirse dos ámbitos de decisión, el que le corresponde al gestor de red, en cuanto al modelamiento de la Red Asistencial y definición del rol de los establecimientos, y el que le corresponde a los equipos de los hospitales de baja complejidad, tal el rediseño, una vez que de ha decidido su nuevo rol como HFC.

En el marco de la Ley de Autoridad Sanitaria, el Gestor de Red se enfrenta a la decisión de modelar la red asistencial del territorio y decidir el carácter y destino de los actuales hospitales de baja complejidad. La experiencia ha demostrado que, si bien la diversidad del territorio nacional predispone a diversidad en el diseño de las redes asistenciales, es clave abordar este desafío buscando criterios comunes que pongan en el centro a los usuarios con sus necesidades, para luego analizar la capacidad de respuesta del sistema de salud del territorio y las oportunidades de mejora.

La decisión acerca del rol que cada uno de los Hospitales de baja complejidad cumplirá en la Red Asistencial, deberá ser tomada por el Gestor de Redes, de acuerdo a procesos participativos en los que todos los actores relevantes (comunidad, equipo de salud del establecimiento, encargados de otros establecimientos de la red asistencial, atención primaria municipalizada, etc.) se involucran en esta toma de decisión, en el marco del Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA). La decisión está acotada a dos alternativas:

- 1) Aumentar complejidad del establecimiento a Mediana Complejidad
- 2) Transformación en Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC)

No se puede iniciar un proceso de transformación de un hospital de baja complejidad a un HFC, sin un modelamiento previo de la red asistencial del territorio.

1.1. Modelamiento de red y criterios para la toma de decisión

Se entiende Modelo de Gestión en Red, como el conjunto de medidas de coordinación y organización de todos los actores responsables de los resultados sanitarios de la población de un territorio, tendientes a garantizar una eficaz integración de las redes asistenciales de salud, asegurar el cumplimiento del régimen general de garantías en cuanto al acceso, calidad, oportunidad y protección financiera de las personas, mejorar la satisfacción usuaria y garantizar el uso racional de los recursos⁹.

Por otra parte, la Atención de Salud 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. Se reconoce a la comunidad con competencias propias para resolver problemas de salud, incorporando acciones realizadas por monitores, agentes comunitarios, especialistas de medicina indígena u otras en forma complementaria al equipo de salud¹⁰.

Desde ambas perspectivas, para efectos de ordenar el análisis de la red asistencial y focalizarse en información relevante para la toma de decisión, se recomienda abordar, como criterios claves, a lo menos:

- Perfil de necesidades de la población del territorio
- Situación de acceso de la población al cuidado de la salud
- Recursos disponibles y capacidad de respuesta de la red asistencial
- Recursos disponibles y capacidad de respuesta de la red comunitaria de salud

Lo anterior implica profundizar el diagnóstico de situación actual, abordando el análisis del área de influencia del Servicio de Salud (geodemográfico y necesidades de salud) y la Red de Salud del territorio (ver anexo 3)

A continuación se señalan algunos elementos de análisis que resultan especialmente importantes para la toma de decisión de un hospital de la familia y comunidad en el marco de la red asistencial:

Perfil de necesidades en salud de la población del territorio:

El gestor de red debe considerar en globo todo el territorio de su área de influencia y el comportamiento de la población en cuanto al uso de los servicios en los distintos tipos de establecimientos, considerando los desplazamientos y preferencias de las personas.

Respecto a las necesidades, es clave identificar y diferenciar claramente las necesidades de salud, de las expectativas que la población tiene de los establecimientos de la red asistencial.

9 Metodología de preparación, evaluación y priorización de proyectos atención primaria del sector salud. Ministerio de Planificación y Ministerio de Salud, Depto. de Inversiones. Enero 2007

10 Orientaciones para la Programación en Red 2009. Ministerio de Salud, Septiembre 2008

Otro aspecto relevante es que dentro de las necesidades de salud, deben identificarse y dimensionarse tanto las necesidades expresadas (demanda), como las no expresadas, en que habitualmente las personas buscan solución por sus propios medios (domicilio y comunidad), lo que no significa que el sistema de salud deba omitirlas en su diseño de la resolución de la red asistencial.

Finalmente, es muy importante conocer cuál es el “cuidado” social y culturalmente aceptado y valorado por la población, en relación a las necesidades de salud que se identifiquen. Esto tiene relación directa con el dimensionamiento de los cuidados ambulatorios y domiciliarios v/s los cuidados intrahospitalarios.

Análisis Red Electiva (Resolutividad de la Red Asistencial):

Es necesario realizar un análisis de la Red Asistencial en su conjunto, desde la perspectiva de su integración funcional con eje en APS y no por niveles de atención. Este análisis debe estar orientado a evaluar la capacidad de la Red para resolver de manera oportuna y con calidad las necesidades de su población a cargo, cabe señalar que para lograr esta mirada global, cada establecimiento también debe ser analizado en profundidad (*ver orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2009*)

En relación a medir la capacidad de resolución es necesario que se consideren varias dimensiones, entre las que destacan:

- Acceso a los servicios de atención de salud que las personas requieren de acuerdo a las necesidades identificadas (tanto las expresadas como las no expresadas) y el tipo de cuidado que requieren, con criterio de equidad y pertinencia cultural, especialmente en el ámbito rural.
- Calidad técnica en la toma de decisiones del proceso de atención, en relación a estándares establecidos.
- Calidad y grado de resolución percibida por las personas que usan los servicios

Una Red con problemas de resolutividad, debe revisar la misión de cada uno de sus establecimientos, si esta falta de resolutividad tiene además, un componente territorial, concentrándose en sectores rurales, se debe revisar especialmente los hospitales de baja complejidad del territorio.

Este análisis constituye una oportunidad para redefinir la capacidad resolutiva de la Red Asistencial y el rol de cada establecimiento en ella, poniendo especial énfasis en la potenciación de la estrategia de APS. Por otra parte, también permite identificar oportunidades de mejora en la colaboración con otras redes asistenciales, especialmente en el marco del AUGE y las macroredes.

Red comunitaria de salud:

La población cuenta, según sus capacidades de organización y participación, con diversos grados de recursos y estrategias propias para resolver problemas de salud o mantenerse sana. Ello implica, para el gestor de red, la necesaria incorporación de esta dimensión en el análisis de la red de salud del territorio del Servicio de Salud.

En el marco de la reforma del sector y el modelo de atención integral, el concepto de red de salud comprende a lo menos:

- Las organizaciones de la comunidad e intersector
- La coordinación entre las organizaciones de la comunidad y con los establecimientos de salud, incluyendo el nivel de reciprocidad que se observe en la interacción.
- La gestión comunal y particularmente en salud
- La participación ciudadana directa y a través de los consejos de desarrollo local

1.2. Rediseño del establecimiento a Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC)

Una vez tomada la decisión de transformación a HFC por el gestor de red, las decisiones a nivel del establecimiento se concentran en dos ámbitos: en la conducción del proceso de cambio y en el diseño e implementación de las estrategias que dan cuenta de la nueva organización.

La conducción del cambio requerirá una planificación especial, orientada a la identificación de los líderes de la organización, la socialización de la necesidad e importancia de cambiar, garantizar una amplia participación de las personas en el rediseño, la identificación de barreras, mantener información permanente, acoger y contener la incertidumbre, difundir los logros, etc., es decir generar y mantener las condiciones que permitirán que las personas de la institución asuman las innovaciones en la organización del trabajo y en sus roles. En caso de requerir asesoría externa, ello no debe reemplazar el rol fundamental de participación y liderazgo de los funcionarios.

El rediseño e implementación de las innovaciones que le dan al establecimiento el carácter de HFC, constituyen la tarea fundamental de los equipos directivos, de salud y líderes de la institución. Al respecto, si bien cuenta con recomendaciones generales en este documento, la forma en cómo éstas se implementan en cada uno de los centros requiere de un conocimiento detallado de la situación del establecimiento. Ésta se realiza bajo la misma lógica y metodología usada en el análisis de la red, pero con foco en el territorio acotado al establecimiento y agregando el análisis de la gestión interna y su relación con los centros de la red territorial de salud, especialmente municipalizada y la comunidad (ver anexo 4).

2.- Gestión del cambio

Para que la transformación a Hospital Comunitario sea un proceso exitoso es fundamental abordar esta tarea desde la perspectiva de la planificación estratégica¹¹ y la gestión del cambio.

Como una forma de sistematizar el proceso se sugieren los siguientes pasos:

2.1. Formación de un equipo gestor: este equipo de trabajo será el responsable estratégico de la planificación y conducción del proceso de transformación, generando además las condiciones adecuadas para que ello ocurra. Debe estar constituido por funcionarios con cargos de autoridad, que respalden a otros grupos de liderazgo en etapas y tareas específicas del proceso de cambio. Es recomendable que en él participen el

¹¹ "Proceso de evaluación sistemática de la naturaleza de un negocio (una institución), definiendo los objetivos a largo plazo, identificando metas y objetivos cuantitativos, desarrollando metas para alcanzar dichos objetivos y localizando los recursos para llevar a cabo dichas estrategias". Josan 2005.

Gestor de Red, el Director del hospital acompañado de uno o dos funcionarios más que ejerzan liderazgo en la institución. Incluso, en los territorios en que se contará con varios HFC, pueden generarse consejos de directores que potenciarán el proceso de transformación a través del aprendizaje mutuo.

Un elemento clave es la continuidad de dicho liderazgo, ello implica la decisión de posicionar en cargos directivos a los perfiles profesionales que tienen mayor continuidad en los establecimientos, así sean no médicos. Esta decisión debe contemplar medidas preventivas para contener eventual resistencia proveniente de la cultura y tradición de la organización.

2.2. Equipo de apoyo y soporte técnico: este equipo de trabajo debe estar constituido por funcionarios líderes naturales de la organización, motivados y con formación en el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario. Este grupo multidisciplinario debe ser un “equipo” fortalecido, afiatado y apoyado por la autoridad y equipo gestor, su foco de acción son los aspectos técnicos del proceso de transformación.

2.3. Ámbitos de la gestión del cambio

Una vez que se ha socializado y consensuado la necesidad de cambiar, a partir del reconocimiento del nuevo escenario que enfrentan los hospitales de baja complejidad, debe construirse una imagen objetivo colectiva que exprese la nueva vocación del hospital comunitario. Esta construcción debe contar con amplia participación de los grupos de interés, dicha participación es la forma de manifestar en hechos que cada miembro del equipo de salud tiene un rol y la comunidad también es importante.

Luego la energía generada en la etapa previa de canalizarse para abordar sistemáticamente los aspectos claves para una gestión exitosa del cambio:

- 1) **Visión:** es la imagen objetivo, el sueño generado por los líderes o por un proceso participativo, expresada como situación futura lograda, es decir, la posición que la organización quiere ocupar a mediano y largo plazo en el futuro (por ej. 2 a 5 años). Responde, en una frase concisa, a la pregunta ¿qué queremos llegar a ser? Será el hilo conductor de todo el proceso de cambio, por cuanto la organización deberá, por una parte, encontrar las oportunidades o generar las condiciones del entorno que le permitan posicionarse como desea (por ej. la comunidad, la administración municipal, la red de salud, etc.) y por otra, desarrollar la capacidad de la organización y las competencias necesarias para lograr esa posición futura.
- 2) **Plan de Acción:** la planificación de las acciones a seguir requiere de un orden lógico y de condiciones básicas, orientadas a llevar a cabo el proceso de rediseño de la institución e implementación de las estrategias del cambio, así como conducir el proceso de adaptación de la organización a dichos cambios. Entre los aspectos más relevantes destacan:
 - **Formulación de la Misión:** representa las funciones operativas que la institución va a ejecutar y va a suministrar a sus consumidores, es la razón de ser de la institución. Expresa los aspectos centrales que considerará la institución al organizar el trabajo, por cuanto señala: los usuarios a quienes sirve, el producto que entregará, el lugar donde se desempeñará, los recursos tecnológicos que usará, la contribución que hará a los objetivos de gobierno, los valores que resguarda, el interés

por los funcionarios, la imagen que espera obtener y finalmente, es en sí misma un elemento inspirador que incentiva el trabajo para lograrla¹². La misión definida de esta manera orienta las prioridades de los cambios a introducir en la institución.

- Amplia participación de los grupos de interés: funcionarios y comunidad. Al respecto:
 - a. Funcionarios: establecer espacios de retroalimentación respecto de los logros alcanzados y espacios de contención de la incertidumbre que generan los cambios, convocar a los protagonistas de la ejecución de los procesos claves y adecuar sus metas y rendimiento para que dispongan de tiempo efectivo para el rediseño y posterior implementación. Distribuir la responsabilidad de los cambios en los funcionarios que ejercen liderazgos naturales en sus ámbitos de desempeño habitual.
 - b. Comunidad: considerar desde la partida la incorporación de los “Consejos de Desarrollo” en el diseño e implementación de las estrategias del cambio y la realización de campañas de comunicación informativas.
- Identificar logros posibles de alcanzar, “promesa de valor”, relacionados con el modelo de atención y con los beneficios esperados para cada grupo de interés. Éstas deben ser realistas, tener responsables identificados y ser factibles de medir en corto, mediano y largo plazo.
- Establecer indicadores de Control de éxito o de avance del proceso de transformación a corto, mediano y largo plazo.
- Mantener comunicación permanente del estado de avance de los cambios, con resultados objetivos y reconocimiento de los responsables de su logro.
- Intervenir en forma proactiva y simultánea con la instalación de las estrategias de cambio, las barreras detectadas en el diagnóstico interno.
- Preparar precozmente al recurso humano, tanto en relación a capacitación para adquisición de nuevas competencias, como en su capacidad de adaptación para convertirse a nuevas funciones. Las acciones deben realizarse en función de las brechas identificadas a partir del diagnóstico previo cruzado con los nuevos roles que requiere el centro.
- Contar con una carta gantt que refleje la planificación temporal y responsables de la implementación de las estrategias del cambio, considerando la ruta crítica que señale los hitos que son esenciales por su magnitud y condición para el logro de hitos sucesivos.¹³

12 Tomado de: Manual de Planificación estratégica. U. de Chile, Diplomado “Comunicaciones, Política Públicas y Estrategias de Desarrollo” Profesor Dr. Ing. Orión Aramayo. 2007

13 Considerar uso de sw Project Manager de Microsoft office u otro similar.

- 3) Recursos: es esencial para el proceso de cambio contar con los recursos necesarios en términos de: personas, tiempo, económicos, equipamiento, infraestructura, tecnológicos, etc., que se requieren de acuerdo a lo declarado en la misión.
 - En relación a los recursos existentes,
 - a. Debe haber claridad de su disponibilidad y capacidad de reconvertir en función de las innovaciones. Para ello es clave el monitoreo permanente de la implementación de las estrategias del cambio y su impacto en los recursos disponibles, así como en la capacidad de producción que ellos generan. En este aspecto debe tenerse presente y por tanto estimarse, un margen de tolerancia para la disminución de la producción asociada al proceso de cambio propiamente tal, la que debería recuperarse en período de régimen una vez estabilizado el cambio.
 - b. En caso de detectarse recursos insuficientes y brechas, debe ser responsabilidad del equipo gesto considerar, como parte del proceso de gestión del cambio, las medidas necesarias para obtener los recursos que se requieren. Para tales efectos deberá realizar proyectos paralelos, adecuar presupuesto, etc.
 - En caso de no contarse con los recursos necesarios para implementar el cambio en su totalidad, agotadas todas las instancias, deberán ajustarse las metas e hitos a los recursos disponibles maximizados. Debe evitarse la instalación de innovaciones para las cuáles no se cuenta con los recursos necesarios.
- 4) Competencias: lo que la institución sea capaz de producir y la calidad de ello depende de las competencias de las personas que allí trabajan. Asumir el proceso de cambio implica considerar a las personas que trabajan en la institución como factor clave de éxito, ello significa actuar dirigidamente sobre las personas para dotarlas de las competencias que requerirán en el nuevo escenario. Al respecto es relevante considerar:
 - Las competencias son el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes que le permiten a una persona desempeñar en forma óptima una función y/o rol definido en la organización.
 - Deben definirse, en forma explícita y detallada las competencias requeridas en función de los nuevos roles que deben cumplir los funcionarios en el HFC.
 - Para dar cuenta del desarrollo de las competencias deben mantenerse políticas y programas de formación continua del recurso humano en el marco de los lineamientos estratégicos de capacitación (disponibles en las orientaciones para la programación en red) y de las prioridades propias del HFC.
 - Algunas competencias relevantes son:
 - a. Conocimientos: Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, sistema de garantías explícitas en salud (AUGE), manejo problemas de salud frecuentes en APS, trabajo comunitario, herramientas de gestión clínica, conceptos básicos de calidad, etc.
 - b. Habilidades: capacidad de adaptación al cambio, tolerancia al estrés que permita minimizar la

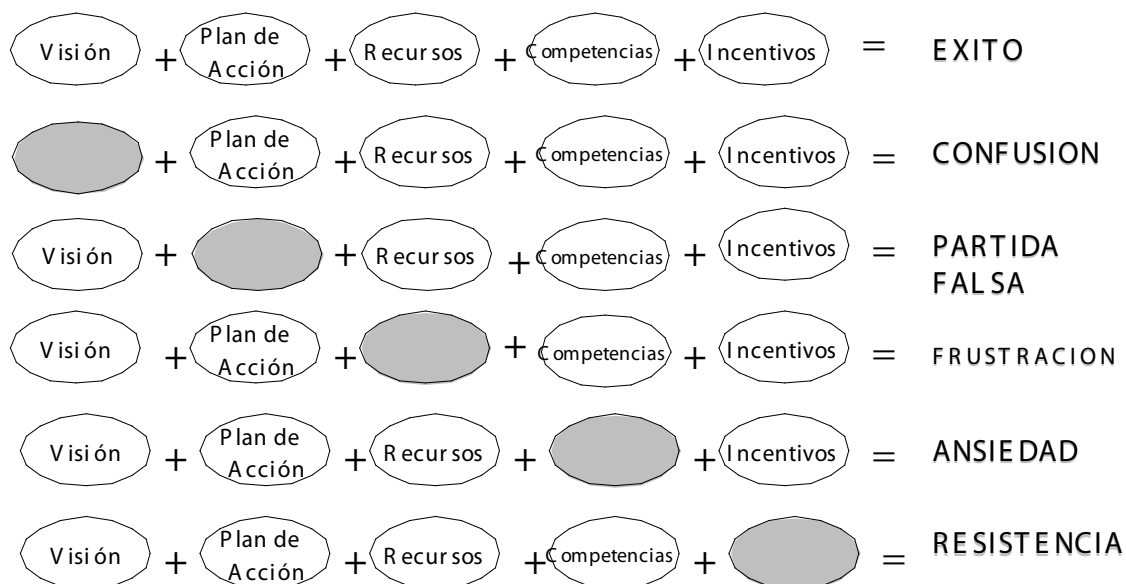
ansiedad existente ante el cambio de modalidad de atención intramural a una modalidad de atención abierta, comunicación efectiva, manejo de conflictos, trabajo en equipo, etc.

c. Actitud: pensamiento crítico, proactividad, iniciativa, superación, tolerancia, perseverancia, etc.

- 5) Incentivos: La gestión del cambio debe considerar, en forma explícita, la instalación de condiciones e incentivos orientados al logro de las metas de corto y mediano plazo, así como mecanismos de incentivo permanentes que permitan sostener el cambio.¹⁴

El resultado del proceso de cambio dependerá de cómo se han abordado y alineado cada componente estratégico. La falta de cualquiera de ellos llevará a situaciones no deseadas, que dificultarán el proceso de transformación. La siguiente figura ilustra los resultados posibles de acuerdo al componente que falla¹⁵.

Claves del cambio estratégico



3. Estrategias de implementación del cambio

Dada la imagen objetivo y los aspectos distintivos del Hospital de la Familia y la Comunidad, las estrategias de innovación que deben ser incorporadas a los HBC, se señalan a continuación en términos genéricos y generales, ello en el entendido de que deben ser adaptadas e implementadas de acuerdo a la realidad de cada establecimiento y territorio.

- 1.- Integración a la estrategia de Atención Primaria de Salud**
- 2.- Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar Comunitario**
- 3.- Definición de Capacidad resolutive y cartera de servicios, de acuerdo a las necesidades de atención de salud de la población del territorio al que sirve.**
- 4.- Modernización de la Gestión**
- 5.- Integración del Establecimiento a la Red Asistencial.**
- 6.- Integración a la Red Territorial Comunal**
- 7.- Recursos necesarios (equipo de salud, infraestructura, equipamiento)**

3.1. Integración a la estrategia de atención primaria de salud

La Declaración de Alma-Ata, en 1978, entrega los elementos necesarios para comprender las dimensiones de la estrategia de APS:

- Salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades
- La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.
- La atención primaria de salud entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores

14 Experiencia S.S.Bio-Bio

15 Planificación estratégica. Diplomado en APS y Salud Familiar 2007. Universidad de Chile

- La atención primaria de salud exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar

Por otra parte el Informe Mundial de Salud 2008 “La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca”, de la OMS¹⁶, refuerza la idea de la eficacia de la atención primaria de salud como una forma de reorientar los sistemas de salud, ya que contiene el conjunto de valores, principios y recomendaciones que permiten organizar globalmente el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales y desde la promoción hasta la rehabilitación, en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención. Tales principios son:

1. Cobertura universal: para que los sistemas sean equitativos y eficientes, todas las personas deben tener acceso a la atención de salud de acuerdo con sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago.
2. Servicios centrados en las personas: los sistemas de salud pueden reorientarse para responder mejor a las necesidades de las personas a través de puntos de prestación de servicios integrados en las comunidades.
3. Políticas públicas saludables: la biología no explica por sí sola muchas de las diferencias de longevidad, de hecho, gran parte de lo que afecta a la salud se halla en gran medida fuera de la esfera de influencia del sector sanitario. La OMS considera que todas las decisiones de los ministerios deberían ser objeto de deliberaciones y que es preciso integrar ampliamente un enfoque de “la salud en todas las políticas” en todos los gobiernos. Algunas de las mayores mejoras de la salud pueden lograrse por medio de programas de desarrollo desde la primera infancia y la educación de las mujeres, que requieren continuidad de inversión y esfuerzo, más allá de los gobiernos.
4. Liderazgo: los sistemas de salud se encaminarán de forma natural a modelos más equitativos, eficientes (que funcionen mejor) y eficaces (que alcancen sus objetivos), en la medida que ejerzan liderazgo basado en negociar y dirigir, ya que todos los componentes de la sociedad –incluidos los que tradicionalmente no intervienen en la salud– tienen que participar, incluso la sociedad civil, el sector privado, las comunidades y el sector empresarial. Los responsables de la salud deben garantizar que los grupos vulnerables tengan una plataforma para expresar sus necesidades y que se preste atención a estas peticiones.

Lo anterior explica por qué la estrategia de atención primaria de salud es la que mejor “facilita el tratamiento integrado de múltiples enfermedades, un proceso continuo de atención, la participación de las comunidades, la prestación de los servicios cerca del hogar y la prevención y la promoción de la salud además del tratamiento y la curación oportuna”¹⁷

16 Informe de la Salud en el Mundo, “La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca”, Octubre 2008. www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf

17 Reunión sobre la Salud Mundial y las Naciones Unidas, 2008.

Para los HFC, ponerse a disposición de la estrategia de APS tiene significados y desafíos múltiples, derivados de los cambios en el ámbito de acción del establecimiento.

En cuanto a los significados, los más relevantes se relacionan con:

- La impronta de ampliar su horizonte de acción pasando de la provisión de prestaciones de atención de salud a asumir responsabilidad en el cuidado integral de la salud de una población a cargo en un territorio.
- Convertirse en primer y más permanente contacto del sistema de salud con las personas de un territorio, contribuyendo al fortalecimiento de la APS.
- Asumir el rol de la estrategia de APS en el desarrollo social de las comunidades.

En cuanto a los desafíos destacan:

- Abordar los desafíos de la complejidad de la atención en APS, vinculados con la amplitud y variabilidad de los problemas de salud, el necesario enfoque holístico¹⁸ de la salud de las personas y la necesaria coordinación con otros recursos de la red asistencial y comunidad.
- Formar parte de la estrategia de APS sin perder su identidad de hospital.
- Lograr servicios de atención de salud centrados en las personas, familias y comunidades.
- Adherir al plan de salud vigente en la APS y a las modalidades de control de la gestión y desempeño disponibles.
- Sumarse a los desafíos de la APS en cuanto a la innovación en las modalidades de atención para los problemas de salud complejos como las enfermedades crónicas, mejora de la calidad técnica y percibida, identificación y difusión de las mejores prácticas, evaluación y difusión de los logros y aprendizajes e investigación.

Con este marco, es importante reforzar que un Hospital de la Familia y la Comunidad es mucho más que un hospital de baja complejidad con un CESFAM colindante, un HFC, al formar parte de la estrategia de APS, adopta sus principios en el todo, no sólo en una parte de él. Por otro lado, si un hospital de la familia y la comunidad requiere ofrecer atención de especialistas y procedimientos quirúrgicos de urgencia, no por ello deja de ser un hospital comunitario ni de pertenecer a la APS.

3.2. Implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario

El modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario ha sido definido como “El **conjunto de acciones** que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural¹⁹.”

18 Significa la comprensión de los eventos desde las múltiples interacciones que los caracterizan; orienta hacia una comprensión contextual de los procesos, de los protagonistas y de sus contextos; pues de esta forma se pueden apreciar interacciones, particularidades y procesos que por lo regular no se perciben si se estudian los aspectos que conforman el todo, por separado. En salud implica dar el paso desde “hacer salud con o para las personas”, hacia hacer salud “desde las personas”, el mayor cambio es la consideración de los significados de los problemas de salud y la dimensión cultural de los cuidados.

19 Documento DIGERA- MINSAL “Modelo de atención integral en salud”, 2005

La experiencia acumulada en la implementación del modelo de atención a lo largo del país, ha permitido identificar la necesidad de precisar la definición del modelo de atención atendiendo a la importancia de poner en el centro al usuario por sobre la organización de los recursos de la red de salud y la oferta de prestaciones. Es así que el Modelo de atención puede definirse como:

“Modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas (usuarios) en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer incluido el intersector y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”²⁰

Implementar el Modelo De Atención Integral Con Enfoque Familiar Y Comunitario desde esta perspectiva, si bien no cambia el consenso de los principios y componentes que lo sustentan, implica el ejercicio de definirlos en forma precisa y llevarlos a la práctica como acciones concretas (ver anexo 5).

Si bien las recomendaciones para la implementación del modelo de atención están contenidas en otros documentos emanados de este Ministerio (ver manual de implementación del Modelo de Salud Familiar con Enfoque Familiar y Comunitario, referencia 21), cabe señalar algunos aspectos que deben ser tratados en forma específica para estos establecimientos:

3.2.1. Población a Cargo: Adscripción

Tal como sucede con toda la atención primaria del país, la población que accede al establecimiento deberá estar a cargo de un equipo de cabecera. Para estos fines la población que acude al hospital debe ser “adscrita” al establecimiento, cumpliendo todas las formalidades definidas por FONASA y el MINSAL para dicho proceso. Si bien el proceso de adscripción está dirigido especialmente a la población destinataria de los cuidados primarios ambulatorios, inicialmente y desde la perspectiva del territorio, este procedimiento será de utilidad para que los HFC identifiquen y caractericen a la población según las variables de interés para la planificación futura del HFC, por ej. comuna y localidad de procedencia de toda la población que acude al hospital y el perfil de uso de los servicios, distinguiendo incluso a los usuarios de atención abierta, cerrada y urgencia. Ello es especialmente importante dado que estos centros cumplen una doble función en relación a la población y el territorio según la realidad local:

- En comunas en que la APS está representada sólo por postas de Salud Rural (PSR), los HFC son los referentes para esta población, respecto de la necesidad de mayor capacidad resolutive, atención de urgencia y derivaciones a la red asistencial.

20 Manual de Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, Minsal 2008

- En comunas donde no hay administración de salud municipalizada, los HFC son el único prestador de ese territorio.
- En comunas donde coexiste el HFC con Centros de salud urbanos y/o rurales (CES o CESFAM), es altamente probable que la población del área urbana cercana al hospital tenga un comportamiento de uso del establecimiento distinto a la comuna en su totalidad, especialmente respecto de lo rural.
- Además, en cualquiera de los casos anteriores la población usuaria podría sobrepasar incluso los límites administrativos de la comuna en que se encuentra inserto el hospital.

Dado lo anterior, el proceso de adscripción debe permitir al equipo del HFC conocer a la población usuaria (características demográficas, socioculturales y económicas, familiares, epidemiológicas, etc.), su perfil de uso de los servicios que ofrece el hospital, su procedencia territorial, las alternativas de acceso a otros centros y toda otra información que les permita identificar a la población de la que tienen que hacerse cargo, tanto en el ámbito de los cuidados ambulatorios, como en atención cerrada y urgencia.

Por lo anterior, esta adscripción no tendrá fines inmediatos de financiamiento, si no que permitirá identificar la población objetivo de los distintos tipos de cuidados que ofrece el HFC, su territorio de influencia y las oportunidades de colaboración con la administración de salud municipalizada, lo que más adelante facilitará la planificación y programación de las diversas actividades destinadas a responder de manera adecuada a las necesidades de salud de las personas y familias.

La adscripción debe ser pensada en un ánimo de complementariedad con el mismo proceso que llevan adelante los establecimientos municipales vecinos al área de influencia del establecimiento, en caso de identificar población duplicada con centros de APS de uno o más territorios, se recomienda iniciar un proceso de coordinación formal con la entidad municipal, para el uso adecuado y maximización de los recursos para el cuidado de la salud de la población de dichos territorios.

3.2.2. Sectorización

La sectorización es una medida de gestión basada en la subdivisión de la población en grupos poblacionales o territoriales más pequeños, con el fin de favorecer un contacto cercano y personalizado entre el equipo de salud y su población a cargo. Esta estrategia se hace necesaria ya sea por la cantidad de población a cargo de un centro (más de 6000 – 8000 personas) o por la dispersión de ésta, como es el caso del mundo rural en que se insertan los HFC.

Dada la diversidad y disgregación de la población en el ámbito rural, es recomendable que se analice la sectorización desde la perspectiva territorial y poblacional al mismo tiempo, vale decir, se podrá sectorizar la población del área urbana circundante al hospital, pero habrá realidades en que los sectores del HFC serán localidades completas donde se encuentren las PSR y la atención de salud deberá hacerse a través de rondas rurales; en otros casos será una mezcla de ambos criterios.

Para una adecuada sectorización es preciso efectuar un análisis de los aspectos geográficos, densidad poblacional, recurso humano disponible, existencia de grupos poblacionales de mayor riesgo, etc. criterios que deben guiar las decisiones de cómo conformar los sectores.

Por último cabe señalar que la medida de sectorización es fundamentalmente funcional, por lo que es posible avanzar con este proceso en todos los establecimientos, tengan estos un Modelo Arquitectónico específico o no. En este último caso los cambios estructurales necesarios podrían alcanzar a los sistemas de registro y almacenamiento de fichas clínicas en papel, organizadas de acuerdo a la distribución de sectores.

3.2.3. Equipo de Cabecera

Este elemento va unido a la sectorización, ya que corresponde al equipo de salud conformado por al menos enfermeras, matronas, técnicos paramédicos, asistentes sociales y médicos, que se hacen responsables del cuidado de la salud de la población de dicho sector. Este equipo es el que trabaja directamente y en forma proactiva con las personas, familias, comunidad y coordina las demás prestaciones que las personas requieran, dentro o fuera del establecimiento en la red asistencial.

Cabe señalar que el rol de equipo de cabecera no está circunscrito exclusivamente a los funcionarios que realizan la atención ambulatoria, sino que puede alcanzar a cualquiera de los miembros del equipo de salud, teniendo en cuenta sus áreas de experticia y la necesidad de definir las responsabilidades y actividades asociadas al rol. Al respecto, se recomienda considerar la figura de un referente explícito, para grupos de familias, dentro del equipo de salud de los sectores o asociados a los sectores, a quienes las personas y familias puedan recurrir en caso de necesitar apoyo para el cuidado de la salud, sin necesidad de utilizar el recurso de la consulta profesional, por ej. a través del teléfono, mensajes, cartas, etc. y que al mismo tiempo este referente pueda coordinar en forma proactiva el cuidado de la salud de la familia, aplicando los fundamentos de la gestión de casos ("Case management")²¹

Este equipo de cabecera basa su accionar en una relación de confianza y cercanía con la población que tiene a cargo, de modo que debe desarrollar estrategias que permitan ese contacto cercano y continuo.

Cabe señalar que es recomendable que existan registros claros y conocidos por el equipo de salud y la población, respecto de la asignación de la población a cargo y los resultados en salud que han tenido, a fin de planificar el cuidado proactivo y en conjunto con las familias.

3.2.4. Equipo Transversal

Equipo de apoyo constituido por los profesionales, técnicos y administrativos que no integran los equipos de sector, mantienen un vínculo cercano con el trabajo de los sectores. Ejemplo: personal vacunatorio, nutricionistas, psicólogos, equipos de apoyo clínico, etc.

21 Martínez de D. MG, Moreno M. MG, Saucedo F. PF, Vázquez A. L, Medina O. SG, Liñan Z. A, Modelo de manejo de casos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Invest. educ. enferm 2006; 24(1): 58-65.

Alcanza también a los profesionales y técnicos de salud, cuya misión es el apoyo al cuidado continuo y la promoción de la salud de toda la población adscrita al Centro, estos profesionales o trabajadores de la salud se constituyen en equipos transversales según su especificidad, trabajando en forma coordinada e integrada con los equipos de cabecera.

Además de su rol en la salud de la población, los equipos transversales contribuyen al desarrollo de estrategias de autocuidado del equipo de salud y manutención de clima organizacional, especialmente los profesionales del área de la salud mental.

3.2.5. Enfoque Familiar

La incorporación del enfoque familiar en los HFC debe abarcar todos los ámbitos de la atención, desde lo ambulatorio a la atención cerrada y hasta la atención de urgencia. Para ello el equipo de salud deberá adquirir las competencias, entendida como el conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, que le permitan hacer una atención de salud con distintos niveles de intensidad en la relación con las familias de acuerdo a los problemas de salud que presenten sus miembros (ver anexo 6)

La experiencia del “Hospital Amigo” ha permitido a los actuales hospitales de baja complejidad aproximarse a una forma de incorporación de la familia en el cuidado de las personas hospitalizadas, acompañando eventos vitales como el parto y facilitando los espacios de visita para mejorar el estado emocional de los pacientes. Todo ello debe servir de plataforma para profundizar un modelo de relación con las personas y sus familias que contribuyan al mejor estado de bienestar de las personas.

3.2.6. Continuidad de la Atención

Los HFC están en una posición privilegiada en cuanto a la provisión de cuidados continuos de la salud de su población a cargo y de la población del territorio al que sirven, dada la potencial amplitud de los servicios que pueden ofrecer y las relaciones de complementaridad que deben establecer con otros prestadores de APS del territorio.

Desde la perspectiva del usuario y de la ambulatorización de la atención, tienen el potencial de planificar, realizar y/o coordinar la atención de salud desde el domicilio hasta el hospital, en cualquiera o todas las siguientes modalidades de atención: domiciliaria y seguimiento clínico, atención abierta, hospital diurno²², urgencia y atención cerrada.

Desde la perspectiva de red estos centros concurren con una oferta solidaria de camas para la red asistencial del territorio, lo que permite diseñar estrategias de optimización del uso de los otros hospitales de la red asistencial.

3.2.7. Enfoque Intercultural

La inserción de los HFC en el ámbito rural y la conservación de las tradiciones de los pueblos originarios en las zonas rurales, especialmente lo referido a su cosmovisión, los significados de los procesos salud enfermedad y la existen-

22 Modelo de gestión de establecimientos hospitalarios, DIGERA, Minsal, 2006

cia de los sistemas de salud indígena, implican para el equipo de salud esfuerzos concretos y dirigidos para diseñar un HFC inclusivo, que considere los aspectos socioculturales en todo su quehacer, articulado con la medicina indígena y respetando las tradiciones de los pueblos indígenas, todo ello en un marco de negociación y mediación permanente entre las autoridades de salud oficiales y las autoridades tradicionales de un territorio, que permita establecer las bases y progresión de los cambios que son necesarios de implementar en las acciones en salud²³

Algunas de las consideraciones más importantes que los equipos de salud deben tener y explorar en un marco de participación, para el diseño del HFC, son: los aspectos históricos del pueblo y del territorio, la relación histórica del hospital con las comunidades indígenas, los pueblos indígenas presentes en el territorio, la religiosidad, sus costumbres y tradiciones como alimentación, uso de los espacios, actividad económica, modos de organización, acceso a previsión social, lenguaje, significados de los procesos de salud-enfermedad, cosmovisión, ceremonias, etc.

Algunos cambios concretos, observados en algunas experiencias nacionales, son: parto indígena y/o parto acompañado, asistencia espiritual, adaptación de espacios de acogida e interacción con las familias y comunidades indígenas, adecuación de la alimentación, adecuación de la señalética, presencia de facilitadores interculturales y/o adopción del lenguaje por parte de miembros del equipo de salud, sistemas de derivación entre los sistemas médicos indígenas y alópatas, policlínico intercultural, rondas médicas conjuntas entre médico indígena y médico alópata.

Las experiencias nacionales también nos señalan la importancia de resguardar y poner énfasis en las estrategias de coordinación y articulación entre los sistemas de medicina alópata e indígena, que los hagan complementarios, más allá de la coexistencia paralela y no coordinada entre ellos.

3.2.8. Enfoque Comunitario y Participación

Por una parte el HFC pasa a formar parte de la red de salud del territorio lo que implica estar presente como un actor más en el Plan de Salud Comunal, que refleja la planificación de la gestión en salud de todo el territorio.

Por otra parte, el equipo de salud del HFC tendrá que desarrollar las competencias que le permitan abrirse a la comunidad y fomentar la participación ciudadana, así como desarrollar estrategias que le permitan mantener un contacto fluido con la comunidad e incorporar los intereses y recomendaciones que las personas propongan para la mejoría de la atención. Algunas de esas estrategias dicen relación con el fortalecimiento de los Consejos de desarrollo local (CDL), diagnósticos de salud participativos, mantención de las oficinas de información, sugerencias y reclamaciones, participación en presupuestos participativos y celebración de convenios con intersector y/o instituciones de la comunidad para aportes y colaboración específicos.

3.2.9. Orientación a Resultados

Para estos efectos el HFC debe adherir a la lógica de la atención primaria respecto de:

23 Política de Salud de Pueblos Indígenas, Minsal 2006

- A. Programación de las actividades: basadas en las "Orientaciones para la Programación en Red"²⁴ donde debe reflejar la planificación de las acciones destinadas a individuos, familias y comunidad. Esta programación debe obedecer a los objetivos sanitarios, prioridades locales y prioridades nacionales, debe abordar todo el espectro de prestaciones de la cartera de servicios necesaria para el logro de los objetivos, señalando los recursos necesarios y las metas y plazos en que las cumplirá. Respecto de las prestaciones ambulatorias de especialidades, cuando corresponda, y la atención cerrada, éstas deben ser planificadas con una perspectiva territorial y de Red Asistencial, ya que este tipo de prestaciones deberán tener una cobertura más allá que la de la población adscrita. Esta programación debe reflejar que las horas profesionales estarán preferentemente destinadas a la atención abierta a fin de dar una cobertura adecuada de atención.
- B. Evaluación: si bien en la actualidad la normativa legal vigente no contempla la obligación de participar en el proceso de evaluación de programas e Índice de Actividad de la APS (IAAPS), los establecimientos deberán implementar estos sistemas de monitoreo, en marcha blanca el primer año y luego en forma estable, especialmente en el caso de recibir aporte para actividades de refuerzo de la atención primaria. Por otra parte, es especialmente relevante la evaluación del cumplimiento de las garantías AUGE y la información que ello aportará para dimensionar la implementación del AUGE en el mundo rural. Finalmente, los hospitales comunitarios deberán contar con sus propios sistemas de monitoreo de la actividad a fin de hacer evaluación completa de su producción²⁵.
- C. Medidas de Gestión: dado que la evaluación per se no implica una mejora en gestión ni en los resultados, es necesario que los HFC establezcan una modalidad de trabajo de Mejora Continua, que permita introducir medidas de gestión, en base a la evaluación y monitoreo, que mejoren los resultados tanto intermedios como finales. Las experiencias de mejoramiento continuo que han venido desarrollándose desde hace años en nuestras Redes, son una experiencia que debe ser incorporada a la gestión habitual de los HFC.

3.3. Capacidad resolutive y cartera de servicios, de acuerdo a las necesidades de atención de salud de la población del territorio al que sirve

La determinación de la capacidad resolutive debe hacerse en el marco de la capacidad de resolución que debe tener la red asistencial del territorio en su conjunto, considerando los problemas de salud prevalentes y la capacidad instalada de todos los prestadores del territorio. Es especialmente relevante que esta definición esté orientada a implementar las prestaciones de efectividad probada, que logran impacto en los resultados sanitarios. En este marco, cada establecimiento es responsable de cumplir resultados intermedios, en términos de tipo de prestaciones, cobertura, oportunidad y calidad, lo que constituye su capacidad resolutive y contribución al logro de los objetivos de la red en su conjunto.

Para determinar la cartera de servicios, que le permitirá alcanzar la capacidad resolutive definida, se deben tener en consideración los siguientes objetivos fundamentales²⁶:

24 MINSAL- Subsecretaría de Redes- División de Atención Primaria Septiembre 2008.

25 Ley Nº 19.937 Artículo 25 Q

26 MINSAL-DIVISIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA "Orientaciones a la Programación en Red 2008"

- 1) Cubrir las necesidades de atención de salud de la población de la que se hace cargo y de la población del territorio al cuál sirve.
- 2) Reflejar el Modelo de Atención con Enfoque Familiar y comunitario y la amplitud de prestaciones propias de la APS
- 3) Garantizar el acceso al Plan de Salud Familiar para su población a cargo ²⁷
- 4) Procurar el cumplimiento de las garantías explícitas en salud, en lo que corresponda a su nivel de complejidad.
- 5) Identificar los aspectos distintivos de la atención abierta, cerrada, urgencia y las destinadas a la comunidad del Hospital Comunitario.
- 6) Tipificar las prestaciones de atención cerrada, de acuerdo al Modelo de Gestión de Camas Indiferenciadas.²⁸
- 7) Especificar complejidad de la atención de urgencia.²⁹
- 8) Estar a disposición de la red asistencial del territorio en forma solidaria.
- 9) Coordinar su gestión con la APS municipalizada y/o con la administración municipal directamente, si es que el HFC debe asumir la salud de todo el territorio.
- 10) Cumplir con las normas de acreditación de la autoridad sanitaria.³⁰

Durante el estudio de la red y del establecimiento en particular se debieron haber identificado tanto las necesidades de la población del territorio, como los niveles de producción y las brechas de atención, que permitirán redefinir la cartera de servicios.

La cartera de servicios debe ser coherente con los objetivos estratégicos propuestos, en el contexto de la salud comunal y la red asistencial del territorio, los que a su vez deben corresponderse con los problemas de salud prevalentes de la población y los objetivos sanitarios país. Debe ser explícita, con todas las prestaciones y actividades intermedias a las que se comprometan en función de sus objetivos. Además, debe estar coordinada con el o los Municipios y el Servicio de Salud correspondiente, a fin de definir las acciones que cada uno de los establecimientos entregará, conjunta o individualmente, evitando la duplicidad de oferta, los vacíos de cobertura y la pérdida de recursos.

La cartera de servicios debe contener el detalle de las prestaciones que dan cuenta de la atención abierta, cerrada, urgencia y trabajo comunitario.

27 Decreto anual Percápita

28 Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios MINSAL 2008 Pág 55

29 Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios MINSAL 2008 "Priorización o categorización en UEH

30 Normas Técnicas Básicas para la Obtención de Autorización Sanitaria de Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor" MINSAL 2008

El gestor de la Red, tendrá una participación determinante en la definición de la cartera de servicios que ofrecerá el establecimiento en su atención cerrada, de acuerdo a la capacidad instalada de toda la red y la capacidad de coordinación del cuidado entre los distintos establecimientos de la red asistencial.

Este proceso de definición de capacidad resolutive y cartera de servicios requiere de acuerdos entre los distintos prestadores de la red territorial, de modo que dichos acuerdos deberán ser sancionados por el Comité de Integración de la Red Asistencial (CIRA) correspondiente.

3.3.1. Atención Abierta

Este tipo de atención debe considerar:

- 1) Atención abierta basada en el Plan de Salud Familiar vigente, AUGÉ y programas especiales como Chile Crece Contigo y programas de refuerzo de la APS.
- 2) Implementar las estrategias de atención que reflejan los principios del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, las que en términos de prestaciones se traducen en consejerías, estudios de casos de familias, visita domiciliaria integral, atención domiciliaria a postrados, etc.
- 3) Planificar las actividades considerando además las Orientaciones para la Programación en Red³¹ en las cuales deben recogerse especialmente las orientaciones de inclusión de los ámbitos de interculturalidad, en todos los aspectos de funcionamiento del establecimiento.
- 4) Reflejar en la programación de cada establecimiento las prioridades locales, emanadas de los diagnósticos de salud participativos considerando la información socio cultural, demográfica y epidemiológica del territorio.
- 5) Atención abierta de especialidad si corresponde a las necesidades de la población y de acuerdo a la capacidad instalada de la red asistencial del territorio.
- 6) Evaluar continuamente la capacidad de respuesta a las necesidades, identificando brechas y generando estrategias de ajuste, en estrecha coordinación con la red comunitaria y asistencial.
- 7) Incorporar la actividad docente en el quehacer del Centro, como una forma de actualización y mejora de calidad, contribuyendo a la formación de pre y post grado de las carreras de la salud, de acuerdo a los convenios existentes en la red.
- 8) Fomentar el auto cuidado en salud, manteniendo un sistema de educación en salud, información y orientación al usuario, que permita aumentar su empoderamiento en las decisiones en materia de su propia salud, la de sus familias y su comunidad.

31 Orientaciones para la Programación en Red, edición anual Minsal

3.3.2. Acciones en la comunidad

Este tipo de atención debe considerar:

- 1) Desarrollar acciones comunitarias y de promoción de la salud destinadas a mantener a la población sana, de acuerdo a las estrategias de Atención Primaria.
- 2) Las acciones de promoción deben ser parte del Plan Regional de Salud Pública, incluido en el Plan de Salud Comunal, es conveniente que los centros establezcan metas anuales de dicho plan.
- 3) Establecer mecanismos formales y permanentes de comunicación con la comunidad
- 4) Participación recíproca entre el establecimiento y organizaciones de la comunidad y el intersector
- 5) Potenciar el desarrollo de espacios formales de participación como los Consejos de Desarrollo Local.

3.3.3. Atención cerrada

Este tipo de atención debe considerar:

- 1) Tendencia a la ambulatorización de las atenciones, ello respaldado en un sistema eficiente de referencia y traslado de pacientes a otros centros de la red asistencial, de manera que no se vulnere la seguridad del cuidado, ni la seguridad del equipo de salud.
- 2) Posición del HFC como hospital de tránsito hacia en centro hospitalario de mayor complejidad o desde éste al domicilio.
- 3) Cubrir alternativas de atención a pacientes con dependencia total transitoria, para los cuáles debe establecer estándares de cuidado y tiempo de estadía, hasta hospital de día basado en intervenciones de estabilización para pacientes que pueden ser cuidados en su domicilio, tales como cuidados paliativos, estabilización de pacientes con patología crónica, problemas nutricionales en niños y adultos mayores, hospitalización abreviada e patología respiratoria, continuidad de terapias psicosociales e intervenciones en problemas de salud mental que se benefician con la estrategia de hospital de día, etc.
- 4) Para todas las modalidades debe contar con protocolos de de atención, derivación, tránsito y traslado de pacientes, de acuerdo a los problemas de salud prevalentes, capacidad instalada y accesibilidad, a fin de resguardar la seguridad de los pacientes y el equipo de salud que brinda el cuidado.
- 5) La internación de una persona estará determinada por las condiciones de la patología propiamente tal, la situación familiar, la situación geográfica del domicilio y las posibilidades del equipo de salud de resolver adecuadamente el problema de salud. Al respecto, debe ponerse énfasis en el uso adecuado del recurso

cama, evitando las camas “socio sanitarias” a través de la canalización de los casos sociales a las estrategias de protección social que debe desarrollar el municipio para su población.

- 6) Cada red asistencial deberá definir el número y tipo de camas con los cuidados que brinda. La gestión de estas camas se hará bajo la Modalidad de Camas Indiferenciadas con Gestión Centralizada. Los protocolos de atención y derivación deberán ser establecidos por el Gestor de Redes y sancionados en el CIRA.
- 7) Velar por la más rápida recuperación del paciente acortando el tiempo de alejamiento del entorno familiar, disminuyendo los riesgos y costos asociados.
- 8) Existe la alternativa, que un episodio de enfermedad pueda ser atendido en el hogar de la persona, en la modalidad de cuidados domiciliarios, definidos en conjunto con la red. Es preciso que esta modalidad de atención, cumpla con los siguientes requisitos³²:
 - o La atención debe ser aceptada por la familia y debe contar con mecanismos financieros que permitan no aumentar el gasto de la familia o los cuidadores.
 - o Se asegure la entrega a la familia, de equipos e insumos necesarios para los cuidados del paciente.
 - o Se asegure la realización de la visita médica y de equipo de enfermería
 - o Se provea de capacitación básica y acompañamiento permanente a la familia o los cuidadores.
 - o Se reingrese al paciente en caso de claudicación familiar o complicaciones de la patología.
 - o Cuento con un sistema de consulta y resolución de dudas para los cuidadores y la familia.
- 9) En algunos hospitales comunitarios será posible considerar, en forma excepcional, la realización de cirugía mayor electiva por parte de médicos especialistas, de acuerdo a las definiciones realizadas por el Gestor de la Red, siempre y cuando se cuente con los recursos materiales y el equipo de salud adecuado y se asegure la calidad, seguridad y la optimización del uso de los recursos de la Red.
- 10) Será función de la red definir si se realizará atención de parto en el establecimiento, con sus respectivos protocolos y condiciones operativas para su atención, considerando las características de cada establecimiento y tomando en cuenta los factores culturales, geográficos, de transporte, accesibilidad, calidad, seguridad y la optimización de los recursos de la Red. Un punto de corte, en la experiencia de algunos Servicios de Salud, es que con menos de 100 partos al año, recomiendan la implementación de sistemas eficientes y seguros de traslado. En tal caso, es conveniente que el servicio de urgencia esté habilitado para la atención de partos de urgencia.
- 11) Se debe incorporar el enfoque familiar y comunitario a las prestaciones de atención cerrada. Esto está representado actualmente por la estrategia de Hospital Amigo, la que se constituye como un derecho y deberá realizarse toda vez que la situación del usuario y/o su familia lo permitan y lo acepten³³. Otras alternativas incluyen prestaciones como educación para la salud, consejerías familiares y entrega de información para el cuidado en casa, entrega de Guías Anticipatorias durante la hospitalización, coordinación de controles de alta, seguimiento clínico en el domicilio, etc.

32 Documento “Hospitalización Domiciliaria” MINSAL- División de Planificación y Presupuestos- Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial 2002- Rev. Panam. Salud Pública (Pan Am J Public Health 10(1), 2001

33 MINSAL, DIGERA, Dpto. Modelo Hospitales Minuta Hospital Amigo, octubre de 2007.

3.3.4. Atención de urgencia

Este tipo de atención debe considerar:

- 1) La red de urgencia está integrada por los Servicios de Urgencia Rural (SUR), Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), las Unidades de Emergencia Hospitalaria de los HFC (UEH) y el Servicio de Atención Médica de Urgencia (SAMU), desplegada en el país, además de las atenciones de urgencia que se entregan en cada establecimiento.
- 2) Desde la perspectiva de la red de urgencia, las prestaciones de urgencia que se otorguen en estos establecimientos, serán aquellas que estipule el Gestor de la Red de acuerdo a la capacidad resolutive de la red de urgencia, las que deben estar respaldadas por protocolos o guías clínicas concordadas con la red asistencial local.
- 3) La validez y el derecho de las personas a consultar según su valoración subjetiva de atención inmediata e impostergable, que los lleva a concurrir a los servicios de urgencia y solicitar la atención.
- 4) La importancia de la valoración técnica que los clínicos hacen del problema de salud por el cuál consulta la persona, en función de su gravedad y riesgo vital, en atención a identificar situaciones “emergencia”.
- 5) Ambas miradas deben ser acogidas, debiendo desarrollarse los mecanismos de gestión que lo permitan, en un marco de equidad, seguridad del cuidado eficacia y eficiencia en el uso de los recursos.
- 6) Algunas de los mecanismos de gestión antes mencionados dicen relación con estrategias para educar a la población en el uso racional del servicio de urgencia, desarrollo de mecanismos de coordinación permanente entre los servicios de urgencia y los centros de APS de origen de los pacientes, así como con los centros de derivación y, finalmente, sistemas de traslado con gestión centralizada de ambulancias y trabajo colaborativo entre los recursos de transporte del territorio.
- 7) La Atención Pre-hospitalaria, que corresponde a aquella atención que se otorga antes que el usuario sea admitido en el establecimiento de salud (en la vía pública, en lugares de asistencia masiva, en domicilio), podrá ser entregada por el equipo de salud del HFC, en la medida en que se encuentren más cerca del evento mientras se coordina la llegada del SAMU según sea la gravedad del o los pacientes.
- 8) A la red de urgencia le corresponderá además de las atenciones de urgencia habituales que los establecimientos hacen en el contexto de las necesidades de su red asistencial, estar preparados para reaccionar coordinadamente con las autoridades locales, regionales y nacionales ante accidentes, incendios, y catástrofes naturales.
- 9) Para la organización misma de las atenciones y su racionalización se requerirá que existan protocolos locales donde se señalen los niveles de resolutive de cada componente y que en cada uno de ellos se maneje conceptos básicos de triaje o categorización³⁴ de pacientes según riesgo, así como sistemas de comunicación de

34 “Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios MINSAL 2008”, Cap. Priorización o Categorización en UEH hospitalarias Pág. 54

las prioridades de atención en salas de espera, que al equipo de salud le permita atender a todas las demandas de atención priorizadas según el mérito de sus riesgos y a los usuarios conocer sus tiempos de espera y los criterios de decisión de ello.

- 10) La atención de urgencia debe considerar prestaciones de acogida a la atención de víctimas de maltrato, ofreciendo para ello, las mejores condiciones posibles de privacidad en el acogimiento, según la Norma actual³⁵, así como también a las víctimas de abuso sexual.³⁶
- 11) Los sistemas de atención de urgencia para funcionar de manera adecuada, requieren de recursos humanos profesionales y no profesionales especialmente adiestrados en el manejo de la emergencia, así como sistemas de comunicación y transporte con características distintivas.

3.3.5. Servicio de apoyo clínico diagnóstico – terapéutico

Este tipo de atención debe considerar:

- 1) Dar cobertura a las prestaciones relacionadas con el sistema de garantías explícitas en salud, especialmente lo referido a exámenes de laboratorio e imágenes.
- 2) La capacidad resolutive en este ámbito también debe ser definida por el Gestor de Red y sancionada en el marco del CIRA, definiendo los protocolos necesarios de manejo y acceso a tales pruebas por parte de la población y los centros de salud del territorio.

3.4. Modernización de la gestión

Los cambios en la gestión de estos establecimientos, deben estar orientados a alinear los procesos administrativos de toma de decisión, al Modelo de Atención. Estos ámbitos incluyen algunos de los aspectos ya mencionados en los puntos anteriores y otros como:

- A. Gestión estratégica de recursos humanos. Un elemento central es la profesionalización y permanencia de la dirección del HFC, para lo cual se requieren ampliar el perfil del cargo a profesionales no médicos y establecer nuevas competencias en los ámbitos de visión estratégica, trabajo en equipo, habilidades de gestión y habilidades personales. Otro aspecto relevante es poner al servicio de la estrategia global del establecimiento, estrategias de gestión de RR.HH con tecnologías y acciones planificadas e integradas coherentemente para obtener, estimular y desarrollar personas auto motivadas, competentes, comprometidas en un buen clima organizacional y compartiendo una cultura común³⁷. El marco de la gestión de recurso humano esta dado

35 "MINSAL, División de Programas en Salud, Manual de Apoyo Técnico para las acciones de Salud en Violencia Intrafamiliar"1997.

36 MINSAL, División de Salud de las Personas, Unidad Salud Mental "Guía para la Detección y Respuesta al Maltrato Físico y Abuso Infantil Niños y Adolescentes en los Servicios de Urgencia" 1998.- Guía Clínica "Atención de Niñas y Niños Adolescentes Menores de 15 años, Víctimas de Abuso Sexual" MINSAL 2008

37 León M. Diplomado Salud Familiar, Universidad de Chile, Santiago 2007.

por las necesidades de la población y el modelo de atención. La capacitación del recurso humano debe ser planificada en forma progresiva desde el inicio del proceso de cambio, los programas de formación continua dan mayor cohesión al equipo de salud.

- B. Función financiera, incorporación del concepto de eficiencia en la gestión, para ello se requiere que el HFC maneje un presupuesto conocido y acorde a la planificación de actividades anuales y monitoree la ejecución presupuestaria relacionada con el cumplimiento de lo programado y los resultados obtenidos. Una herramienta que facilita esta gestión son los centros de responsabilidad (CR), se han definido al menos tres centros de responsabilidad: CR Atención Abierta, CR. Atención Cerrada, CR. Apoyo Clínico y Terapéutico y CR. Apoyo Administrativo y Logístico³⁸.
- C. Gestión de calidad, disposición de protocolos, manuales de procedimientos e investigación concordados con la red, de acuerdo a la definición de complejidad realizada por ésta, para velar por el cumplimiento de estándares de calidad de las prestaciones de salud que allí se entregan. Integrando el concepto de calidad a la toma de decisiones, evaluando y mejorando de manera continua la calidad de atención, incorporando la perspectiva del usuario.
- D. Gestión Clínica, los HFC deberán describir las metodologías y herramientas que les permitan desarrollar la gestión clínica, tales como: estandarización de diagnóstico y tratamiento a través de guías de práctica clínica, protocolos de atención y normas técnicas; incorporación de la medicina basada en evidencia; gestión del cuidado; ambulatorización de la atención; gestión de camas, continuidad de la atención, etc.
- E. Implementación de tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC). Esta estrategia sirve a objetivos fundamentales en la gestión de los HFC, dado su contexto rural y su rol de puente del desarrollo del modelo de atención en los territorios:
 - Aumento de la capacidad resolutive: poniendo a disposición de la red asistencial acceso a prestaciones a distancia, tales como la telemedicina, teleradiografía, teleelectrocardiografía, soporte profesional como consultas de especialidad a distancia, etc. múltiples funcionalidades que ponen al alcance de la población procedimientos, exámenes y atención más especializada.
 - Seguridad del cuidado: existe evidencia que las herramientas orientadas a manejar información basada en proceso clínico, con mecanismos de soporte a la toma de decisiones y registro basado en estándares, mejoran la calidad del cuidado por cuanto permiten tomar mejores decisiones clínicas en tiempo real.
 - Mejoras en la gestión clínica y administrativa: los sistemas de información automatizados permiten capturar, almacenar, ordenar, procesar y difundir información detallada e integrada desde múltiples orígenes, estas posibilidad de hacer análisis multivariados en tiempo real, de simular y proyectar resultados, son propios de estas tecnologías.

38 Modelo de Gestión de Establecimientos Hospitalarios, DIGERA, febrero 2008.

Los proyectos preinversionales, deben considerar el equipamiento necesario para iniciar este proceso y se debe abordar el desarrollo de competencias en el equipo de salud para el uso de este tipo de tecnologías.

- F. Considerar la externalización de algunos servicios, como los de apoyo
- G. Evaluación de la gestión y actividades, incorporando y compatibilizando las metas de los HFC con las metas de la APS.

3.5. Integración del establecimiento a la red asistencial

Está dada por la coordinación de las actividades asistenciales dentro del establecimiento y fuera de éste, con los restantes establecimientos o instancias de atención que conforman la red asistencial, los que son requeridos de acuerdo a las necesidades del paciente, su familia y la comunidad.

Para lo anterior debe optimizarse el sistema de referencia y contrarreferencia, según los niveles de resolutivez pre-establecidas por el Gestor de la Red para cada uno de los establecimientos de la misma, de manera que las atenciones o intervenciones brindadas sean oportunas, expeditas y eficaces, de manera de garantizar la continuidad eficiente de los cuidados.

Para el logro de este objetivo es muy relevante la integración del establecimiento en todas las instancias de coordinación de la red, como por ejemplo reuniones del Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA) reuniones clínicas, reuniones técnicas, bibliográficas, entre otras.

Un ámbito especial de la integración lo constituye la coordinación con la Red Sanitaria Local. En este ámbito se recomienda generar acciones que permitan optimizar el uso de los recursos y entregar una atención oportuna y de calidad a la población a cargo, independiente si está inscrita en establecimientos de dependencia comunal o adscrita al HFC.

Junto a lo anterior, es de la mayor relevancia que los cuidados que entregan los distintos establecimientos de la red, en los distintos territorios, sean comunicados y compartidos, de modo tal que esté disponible la información acerca de los diagnósticos realizados y acciones de salud entregadas para cada usuario, independiente del establecimiento que le prestó la atención. Esto es especialmente importante por cuanto al recibir las Postas de Salud Rural, rondas con atención médica esporádicas, en muchas ocasiones los usuarios concurren a los HFC para cubrir sus necesidades de atención, las que son desconocidas para su establecimiento de origen o de inscripción, situación especialmente compleja para cumplir con el principio de la continuidad de la atención.

Para efectos de integrar y comunicar información clínica relevante se han documentado experiencias exitosas de relación con la comuna a través de la implementación de estrategias como:³⁹

39 Experiencia Equipo S.S. Ñuble.

- o Traspaso de información de pacientes hospitalizados pertenecientes al territorio municipal
- o Reuniones de equipos de cabecera para tratar temas comunes
- o Establecimiento de equipos de microrred.
- o Elaboración conjunta de Plan de Salud Comunal.
- o Capacitaciones conjuntas y cruzadas
- o Mapa epidemiológico común y participativo

Finalmente, las experiencias de los Servicios de Salud también han permitido identificar

- o La importancia de definir quiénes son los actores necesarios para lograr la integración, en cuanto a sus roles, ámbitos de acción, nivel de autonomía y capacidad de gestión para establecer relaciones de colaboración entre el HFC y el gobierno comunal. Es particularmente importante definir estos aspectos en relación al Gestor de Red, Director del Hospital, Administrador municipal de Salud, Autoridad comunal.
- o El Gestor de Red tiene la facultad de gestionar recursos en acuerdo con la autoridad municipal, donde se han logrado metas y la colaboración se refleja en mejoras en la calidad, acceso, cobertura, etc, de la atención de salud de la población del territorio, por ejemplo, apoyo en la continuidad de suministro de medicamentos a través de farmacia del HFC.
- o Facilitadores de dicha integración tales como cambios estructurales para crear espacios de convivencia e intercambio entre los equipos de salud del HFC y el municipio, establecer mecanismos de evaluación con indicadores comunales y no por prestador, la disponibilidad de médicos generales de zona y la autonomía del gestor de red para su destinación constituyen una oportunidad para fortalecer convenios de colaboración, otro incentivo para dichos convenios son las posibilidades de que ayuden a los municipios a superar las dificultades de gestión e inequidades en la provisión de salud.

3.6. Integración a la red territorial comunal

Es esencial para los fines del HFC, que se inserte y forme parte de la Red de Salud de los territorios con los que se relaciona, entendida ésta como la relación que establece con todos los actores relevantes para la salud en el territorio. Esto es especialmente relevante en el ámbito rural, ya que cada red es distinta a otra, por ejemplo, en 7 comunas del país existe sólo el HBC como prestador único para su área de influencia, en 61 comunas éste aparece asociado sólo a Postas de Salud Rurales (PSR) y existen 29 comunas en las que sólo hay PSR, de modo que su población acude a los HFC más cercanos, en todos estos casos le corresponderá a este establecimiento ser el nexo entre salud y la comunidad e intersector. En otros casos el HBC aparece colindante a establecimientos de administración municipal como CES, CGR o CESFAM, que tienen un rol definido en los desafíos del trabajo comunitario y la prevención y promoción de la salud, en tales casos el esfuerzo del HFC estará orientado a colaborar en forma efectiva y complementaria con dichos centros.

La forma en cómo el HFC establezca una estrecha relación con la comuna, tanto con los actores políticos, como sociales, le dará su carácter distintivo y le permitirá mantener la valoración que la comunidad hace de él una vez que se ha incorporado a la estrategia de APS.

Al respecto se pueden identificar algunos ámbitos de esta integración:

- Red comunitaria-social: La realización de diagnósticos participativos⁴⁰, fortalecimiento de los Consejos de Desarrollo de los Hospitales Comunitarios, clubes de amigos, avance en microrredes de salud mediante mesas tripartitas, mesas territoriales, comités intersectoriales; la ejecución de presupuestos participativos; trabajar y desarrollar proyectos en conjunto con organizaciones comunitarias apoyando sus competencias y su organización, haciendo a la comunidad co-responsable de su salud, difundiendo e informando mecanismos de participación a través de la ejecución de talleres de capacitación, elaboración de material gráfico, premiando la innovación y ciudadanía, realización de diálogos ciudadanos, diálogos tripartitos, el fortalecimiento de la OIRS mediante la creación de comités de gestión de reclamos, la creación de voluntariados, el acompañamiento espiritual⁴¹; el trabajo con la comunidad en actividades de prevención y promoción de la salud; todos son elementos centrales en la gestión de este nuevo tipo de establecimientos
- Incorporación del Plan de Salud Comunal, es clave como herramienta para lograr la visión territorial y de integración de la gestión de la red de APS con la comunidad y el intersector.
- La realización de presupuestos participativos también el entrega la HF cuan oportunidad para establecer formas de colaboración con organizaciones de la comunidad y del intersector.

3.7. Recursos necesarios (Equipo de salud, infraestructura, equipamiento)

3.7.1. Equipo de salud

Cada gestor de red en conjunto con los equipos locales, debe definir las competencias del equipo de salud del HFC de acuerdo al modelo de atención y los servicios que otorgará. Del mismo modo deberá determinar las necesidades de formación y capacitación que se necesita, para dar respuesta a todos los requerimientos del Plan de Salud Familiar y demás prestaciones especificadas.

El HFC deberá contar con toda la gama de profesionales necesaria para cubrir la cartera de servicios definida, la que debe contener el Plan de Salud Familiar, el AUGE y las acciones adicionales establecidas por el Gestor de la Red para la población que atienden.

Para establecer la dotación de RRHH que cubrirá la cartera de servicios es preciso tener en cuenta la distribución etárea, la demanda expresada y la demanda potencial en algunos casos, además de las recomendaciones técnicas en cuanto a tasa de consulta, coberturas, concentraciones, es decir, la programación de actividades del establecimiento y desde la perspectiva de red.

40 Ver ANEXO 4

41 MINSAL-Subsecretaría de Redes Asistenciales "Líneas de Participación Social 2007".

Para el caso de las prestaciones cerradas, la Ley de Autoridad Sanitaria establece asignaciones de turno para el personal que se desempeña en labores intramurales cubriendo actividades los días inhábiles incluido en horarios nocturnos⁴².

Respecto a lo anterior y producto del cambio de modelo de atención que se prevé para los Hospitales Comunitarios, cambiando el énfasis desde lo intramural hacia lo ambulatorio y al reducirse eventualmente el número de camas, adaptándolos al índice de ocupación observado, será labor del gestor de red adaptar sus dotaciones de recursos humanos para el desarrollo de las nuevas tareas.

En términos generales los cambios cuali y cuantitativos del recurso humano se corresponden con los diferentes tipos de atención:

- En el desafío de cambiar desde la atención intramural a atención abierta y para la conformación de los equipos de cabecera y transversales, así como para quienes actúen como gestores de casos, se requerirá de capacitación específica en el Modelo de Atención y en estrategias innovadoras de cuidados para pacientes con patologías crónicas, tales como el modelo de Wagner. Es muy relevante contar desde el principio con un diagnóstico de las competencias y las brechas del equipo de salud, así como con el plan de cierre de brechas, todo ello en un marco de respeto por las características, conocimientos y experiencias previas de los trabajadores. Este Plan debe abarcar a todos los estamentos del centro, aún cuando se trate de trabajadores que sólo se ocupan de la atención cerrada, para su mejor comprensión y adaptación al nuevo modelo.
- Dentro de esta adecuación es de gran importancia una redefinición y reorganización del SOME de manera de cumplir con el objetivo de poner al servicio del equipo de cabecera la información y los registros que facilitan su quehacer. Habitualmente se sectoriza e incorpora registros de familia.
- En la atención de urgencia se mantiene la modalidad atención médica que funciona mediante turnos de llamados y/o de turnos médicos residentes dependiendo del número de atenciones observadas en un período de tiempo, la incorporación de otros profesionales y técnicos dependerá de las causas de consulta y flujo de usuarios, especial atención debe ponerse a la demanda de partos en urgencia y a los sistemas de traslado de pacientes complejos. Independientemente de la composición de los equipos humanos de atención pre-hospitalaria, todos sus integrantes deben cumplir con un requisito de capacitación en el manejo de la emergencia médica, siendo la certificación de aprobación satisfactoria del o los cursos específicos, una condición básica de su acreditación para poder desempeñarse en este sistema de atención. La certificación de estas capacitaciones deberá ser otorgada por el Gestor de la Red correspondiente y/o la institución u organismo que éste determine.
- En atención cerrada el número de camas existentes se cuantificará y establecerá a través de un acuerdo entre los equipos técnico del MINSAL y el Gestor de Redes, caso a caso, de acuerdo a elementos epidemiológicos y del índice ocupacional de camas, observando series temporales y otros elementos relevantes como extremo aislamiento de la zona y complementariedad con otros establecimientos de la red electiva.

42 Ley 19.937, Título V, art.72

- Otro aspecto importante de considerar en la atención cerrada es la acogida que se brinde a la familia y comunidad en el acompañamiento de sus familiares cuando ellos requieran este tipo de atención, conforme a lo prescrito en programa Hospital Amigo ⁴³.

3.7.2. Infraestructura.

La infraestructura existente, en general deberá responder para su Autorización Sanitaria a los documentos emitidos para ese objeto⁴⁴ además de lo expresado en el Código Sanitario y se deberá adecuar cuando corresponda, para efectuar las atenciones según el nuevo concepto del Modelo, por lo que se hace necesario optimizar y adecuar los espacios que actualmente están ocupados por camas con menor uso, o bien generando proyectos de normalización o reposición de infraestructura, esto con el objetivo de crear espacios adecuados para:

- Sectorización (SOME).
- Espacios de acogida y recepción de pacientes (SOME).
- Espacios para Interactuar con las familias.
- Integrar la gestión del HFC con la gestión municipal del territorio (salas multiuso)
- Interacción del equipo de salud (salas de reuniones)
- Apoyo espiritual (espacio ecuménico habilitado de manera ad-hoc y permanente)
- Acompañamiento de las familias a los pacientes (baños, espacios de espera con sillones y comodidades mínimas)
- Apoyo de las familias al cuidado de los pacientes
- Señalética adecuada.
- Modificaciones necesarias para discapacitados
- Modificaciones para el enfoque intercultural

3.7.3. Equipamiento: es relevante revisar el equipamiento tanto para la capacidad resolutive como para los nuevos enfoques:

- La cartera de servicios de cada establecimiento determinará el tipo de equipamiento a adquirir.
- TIC-Salud, como hemos visto es necesario avanzar para que en el mediano plazo podamos contar con aplicaciones avanzadas en este ámbito, lo que en primera instancia estará supeditada a los recursos con los que cuente el sistema y aspectos técnicos relacionados con la conectividad de nuestros establecimientos y definición de estándares para su implantación exitosa.

⁴³ Documento "hospital amigo" minsal- digera-departamento hospitales diciembre 2006

⁴⁴ "Normas técnicas básicas para la obtención de la autorización sanitaria de las salas de procedimientos y pabellones de cirugía menor". Minsal 2008.

ANEXO 1: NORMATIVA LEGAL ASOCIADA A LOS HOSPITALES DE BAJA COMPLEJIDAD (HBC)

Los Hospitales de Baja Complejidad, a futuro, de la Familia y la Comunidad, deberán atenerse, a lo prescrito en los siguientes cuerpos legales y reglamentarios: **la Ley N° 19.937 de “Autoridad Sanitaria”, el “Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red”** y supletoriamente en los articulados del Reglamento de los Servicios de Salud, si se requiere.

Estas disposiciones deberán concurrir para el reconocimiento y la otorgación de la calidad de “Establecimiento de Menor Complejidad” aceptado conjuntamente por los Ministerios de Salud y de Hacienda, mediante un reglamento suscrito entre ambos, adicional al registro, ante la Superintendencia de Salud como prestador acreditado, lo que le permitirá acceder a los correspondientes recursos que se generen por las prestaciones GES que el establecimiento realice.

Lo señalado se encuentra contenido en los textos siguientes:

- i. La Ley 19.937, de Autoridad Sanitaria, que en el Título V:** De los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad, en los Artículos 25 Ñ y siguientes:

“Artículo 25 Ñ.- Los establecimientos de salud dependientes de los servicios de salud, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, tendrán las atribuciones que señala este título si cumplen los requisitos que se determinen conforme el artículo N° 25 P.

Un Reglamento, que será suscrito por los Ministros de Salud y de Hacienda⁴⁵ deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de las atribuciones y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos de evaluación y control de su gestión. Asimismo, podrá establecer diferentes requisitos y mecanismos de evaluación de acuerdo a la complejidad, especialización de los recursos humanos, organización administra-

⁴⁵ “Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad de los establecimientos de Autogestión en Red” Decreto N° 38 de 2005 MINSAL

tiva y prestaciones que otorguen, como también aquellos requisitos mínimos y comunes que todos éstos deberán cumplir, entre los que se deberá contemplar la gestión del personal y la gestión del cuidado. Mediante resolución fundada de los Ministerios de Salud y de Hacienda, se reconocerán los establecimientos que cumplan los estándares señalados, los que estarán sujetos a las normas de este título, conforme el inciso primero.

Artículo 25 O.- Al Director del Establecimiento corresponderá programar, dirigir, coordinar, supervisar y controlar todas las actividades de éste para que ellas se desarrollen de modo regular y eficiente, para lo cual tendrá las siguientes atribuciones:

- a) Dirigir la ejecución de los programas y acciones de salud y coordinar, asesorar, inspeccionar y controlar todas las dependencias del Establecimiento;
- b) Diseñar y elaborar un plan de desarrollo del Establecimiento;
- c) Organizar internamente el Establecimiento y asignar las tareas correspondientes, conforme a la presente ley, el Código Sanitario y las demás normativas vigentes;
- d) Presentar anualmente al Director del Servicio el proyecto de presupuesto del Establecimiento y ejecutarlo una vez aprobado, de acuerdo a las normas vigentes sobre la materia;
- e) Estudiar y presentar al Director del Servicio, iniciativas y proyectos con sus respectivos análisis y antecedentes, que tiendan a ampliar o mejorar las acciones de salud, indicando sus fuentes de financiamiento;
- f) En materias de personal el Director podrá: designar suplentes; contratar personal, siempre que no implique aumento de la dotación del establecimiento; aceptar renunciaciones voluntarias; designar funcionarios en comisiones de servicios y cometidos funcionales, destinar funcionarios dentro del mismo establecimiento o a otros dependientes del Servicio; autorizar, conceder o reconocer feriados, permisos con o sin goce de remuneraciones dentro del país, licencias por enfermedad, reposos preventivos o maternales y reconocer, prorrogar y poner término a asignaciones familiares y prenatales; ordenar la instrucción de investigaciones sumarias y sumarios administrativos; aplicar medidas disciplinarias, inclusive la suspensión de funciones; absolver, sobreseer y resolver sobre todas las materias relacionadas con esos procedimientos; declarar accidentes en actos de servicio y
- g) Desempeñar las demás funciones y atribuciones específicas que les delegue o encomiende el director del servicio y el reglamento.

Artículo 25 P.- Un reglamento, suscrito por los ministros de Salud y de Hacienda (al momento de cumplirse el plazo para la normalización de establecimientos, 2010), regulará los requisitos que deberá cumplir el Establecimiento, los que se referirán a las siguientes materias, a lo menos:

- a) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado
- b) Administrar eficientemente los recursos asignados

- c) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios, y
- d) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial.

Artículo 25 Q.- El Establecimiento será evaluado anualmente por el director del servicio de salud respectivo, en la mantención del cumplimiento de los estándares señalados en el artículo anterior. En caso de que no fuere satisfactoria, se deberá remover de su función o cargo, según corresponda, al Director del Establecimiento. Asimismo, en tanto no se restablezca el nivel de cumplimiento de los estándares establecidos, el personal directivo del respectivo establecimiento no tendrá derecho a la asignación asociada al cumplimiento de los requisitos señalados, de acuerdo a las normas establecidas en el Capítulo VI de esta ley.”

II.- Reglamento Servicios de Salud

Artículo 44.-

Todos los Hospitales e Institutos, se clasificarán en establecimientos de alta, mediana o baja complejidad, de acuerdo a su capacidad resolutive, determinada sobre la base del análisis en conjunto de los siguientes criterios:

- a) Función dentro de la Red Asistencial teniendo presente los distintos niveles de complejidad de la Red
- b) Servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico considerando su resolutive, disponibilidad de recurso humano, equipamiento, horario de atención y procedimientos o exámenes que realiza;
- c) Grado de especialización de sus recursos humanos.

Artículo 45.-

La clasificación de los Hospitales e Institutos, así como la modificación de la misma, será resuelta por el Ministerio de Salud a proposición del Director del Servicio correspondiente.

III.- Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Menor Complejidad y de los Establecimientos Autogestión en Red. Decreto N° 38 29/12/2005

Artículo 1º.- 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 que se establecen en el artículo 6º, la calidad de Establecimientos de Salud de Menor Complejidad, en adelante “Establecimientos de Menor Complejidad” 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 menor complejidad técnica aquellos establecimientos de atención primaria o que estén clasificados como establecimientos de Baja Complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Artículo 2º.- El Establecimiento de Menor Complejidad es aquél que realiza actividades de atención abierta, cerrada y de urgencia, de baja complejidad, que desarrolla principalmente actividades de nivel primario y algunas de especialidad, de acuerdo al modelo de funcionamiento de la Red Asistencial que integra y en el área de competencia que determine el Director de Servicio en consulta con el Consejo de Integración de la Red Asistencial.

Artículo 3°.- Para obtener la calidad de Establecimiento de Menor Complejidad, el Director del Servicio deberá solicitar al Ministerio de Salud, a través de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la incorporación de un determinado establecimiento al proceso que le permita acceder a dicha calidad.

Esta solicitud deberá hacerse por escrito, acompañando todos los antecedentes e informes que se hayan determinado en las instrucciones a que se refiere el inciso final del artículo 6° y que permitan demostrar el cumplimiento de los requisitos establecidos en dicho artículo.

Los antecedentes e informes indicados deberán referirse al período del año calendario anterior y al primer semestre del año de la postulación. Sólo podrá postularse entre los meses de julio y agosto de cada año y la resolución que le otorgue la calidad de Establecimiento de Salud de Menor Complejidad entrará en vigencia a contar del 1° de enero del año siguiente.

Artículo 4°.- Recibida la solicitud, se iniciará un procedimiento, cuya primera actuación corresponderá a la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la que deberá revisar en el plazo de diez días hábiles si se acompañan todos los antecedentes que la ley, este Reglamento y las instrucciones a que se refiere el artículo 6°, exigen para postular. En el evento de detectarse omisiones en la información acompañada o defectos formales, se dará un plazo de diez días hábiles, prorrogables hasta por otros diez días hábiles, al Director del Servicio para subsanar las omisiones o corregir los defectos observados. Cuando la Subsecretaría de Redes Asistenciales estime que se han acompañado todos los antecedentes requeridos dictará una resolución que así lo señale, la que deberá ser comunicada al Servicio de Salud que haya presentado la solicitud.

Si vencido el plazo, original o prorrogado, el Director del Servicio no ha subsanado o corregido las observaciones, se entenderá que se desiste de la solicitud y no podrá presentarla nuevamente sino hasta el período de postulaciones del año siguiente.

Artículo 5°.- La Subsecretaría de Redes Asistenciales, en el plazo de quince días hábiles desde la dictación de la resolución indicada en el artículo anterior, elaborará un informe fundado que contenga la evaluación del cumplimiento de los requisitos establecidos en el artículo 6°; en caso de ser favorable, lo remitirá, con todos los antecedentes, al Ministerio de Hacienda para su análisis, y decisión fundada al respecto.

La resolución que otorgue la calidad de Establecimiento de Salud de Menor Complejidad deberá ser fundada y dictada por los Ministerios de Salud y de Hacienda conjuntamente.

Artículo 6°.- Los requisitos mínimos que se deben cumplir para la obtención de la calidad de Establecimiento de Menor Complejidad son los siguientes:

- a) Cumplir las obligaciones que establece el artículo 2°;
- b) Estar registrado en la Superintendencia de Salud como prestador institucional de salud acreditado. Para tales efectos, el establecimiento deberá acreditar y mantener la acreditación de todas las prestaciones que otorgue para las cuales se hayan fijado los respectivos estándares de calidad por el Ministerio de Salud, conforme a lo establecido en el Reglamento que Establece el Sistema de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud;

- c) Contar con programas de gestión contable, financiera y presupuestaria; procedimientos de recaudación de ingresos de operación y otros; gestión de recursos humanos, que deberá incluir control de asistencia y horario del personal; mecanismos de control y manejo de inventario, tales como stock de farmacia, y de respaldo presupuestario de las deudas y, asimismo, deberá lograr el equilibrio financiero que le permita una administración eficiente de los recursos asignados;
- d) Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios
- e) Lograr una articulación adecuada con la Red Asistencial
- f) Tener implementadas, al menos, las acciones de especialidad ambulatoria de acuerdo a las instrucciones del Director del Servicio y disponer de un sistema de referencia, derivación y contraderivación a establecimientos de mayor complejidad conforme a las normas técnicas impartidas por el Ministerio de Salud sobre la materia
- g) Tener sistemas de medición de costos, calidad de atención prestada, satisfacción usuaria y oportunidad en la entrega de las prestaciones
- h) Cumplir con las Garantías Explícitas en Salud que se encuentren vigentes en la atención de pacientes beneficiarios de éstas, salvo que exista justificación fundada para el incumplimiento
- i) Tener un presupuesto asignado.

Mediante instrucciones emanadas de los ministerios de salud y hacienda, se deberán establecer los instrumentos técnicos y medios de verificación del cumplimiento de los requisitos señalados precedentemente. Estas instrucciones deberán ser revisadas anualmente, y en el evento de ser modificadas, dichas modificaciones sólo entrarán en vigor en el período de postulaciones siguiente.

ANEXO 2: CAMBIOS OBSERVADOS EN EL MUNDO RURAL⁴⁶

El porcentaje de ruralidad no se distribuye de modo homogéneo en el territorio sino que se concentra en regiones específicas donde su peso relativo es mayor, así tenemos que, según datos del Censo 2002, la ruralidad se concentra en 8 regiones del país, desde 18% a 37%. Observándose en la tabla:

Regiones con mayor ruralidad en el país	Porcentajes ruralidad
Región de Coquimbo	21.9%
Región del Libertador General Bernardo O'Higgins	29.7%
Región del Maule	33.6%
Región del Bío-Bío	17.9%
Región de la Araucanía	32.3%
Región de Los Lagos	31.6%
Región de Aysén del General Carlos Ibáñez del Campo	19.5%

Censo 2002

Además, dentro de las regiones se reconocen comunas con porcentajes cercanos a 100% de ruralidad, lo que define por sí mismo problemáticas diferenciales en salud, Ej. Cochamó, Quemchi, San Juan de la Costa, Yervas Buenas, Pencahue, Canela, Río Hurtado, Combarbalá, Paihuano, Panguipulli, entre otras.

Determinantes sociales en salud (DSS)

La *actividad económica* se ha diversificado de la tradicional actividad campesina, encontrándose actualmente actividades de silvicultura; crianza y pastoreo de pequeño ganado; pesca-marisquería y recolección de algas; minería de autogestión (pirquinera); recolectores de frutas de temporada; explotación forestal; todo ello determina diversidad de la exposición a riesgos laborales y accidentes, además de fenómenos migratorios en relación a búsqueda del recurso natural y/o trabajo asalariado.

⁴⁶ Diagnóstico de Salud Rural, Departamento de Diseño y Gestión APS, División Atención Primaria, MINSAL 2008.

En relación a la pobreza urbano rural, la encuesta Casen 2006, muestra disminución en ambos grupos llegando a 12,3% en rural y 13,9% en urbano. Respecto de la situación regional, considerando que el promedio nacional es 13,7%, las regiones V, IV, VII, XV, XIV, IX, VIII están por sobre dicho promedio, desde 15,3% a 20,7%.

En relación a la composición por sexo y edad, es variable de acuerdo a la zona geográfica del país, la actividad económica y los fenómenos migratorios, en muchas zonas rurales del país la población está compuesta por mujeres mayores a cargo de niños y otros adultos mayores.

El acceso a la educación es precario, con menor acceso a escolaridad secundaria que la población urbana.

*En relación a los asentamientos poblacionales*⁴⁷, las tecnologías mecanizadas modernas han desplazado del trabajo a campesinos, impulsando a indígenas y pequeños propietarios, hacia los sectores más alejados de los centros más poblados, ello ha creado y/o incrementado las comunidades de ruralidad extrema o ruralidad dispersa (conglomerados de familias de entre 20 y 100 personas), creando un nuevo desafío de atención para el sector salud, ya que al vivir en condiciones de aislamiento, durante largas temporadas o en forma permanente, se alejan de las condiciones de vida sanitariamente aceptables así como de los servicios generales y comunitarios que recibe la población concentrada. Entre éstos los servicios sanitarios y aún los de los agentes informales de salud.

Las condiciones de vialidad en el mundo rural avanzan lento en su mejoría, sin embargo la red vial ha progresado, a través de programas especiales de Direcciones de Vialidad Regionales y con financiamientos especiales, que han permitido la construcción de caminos básicos para el ámbito rural. Este programa a su término habrá avanzado 5.000 Km. en sectores rurales⁴⁸.

En relación al sistema de salud como determinante social, la población rural accede a una red asistencial territorial, fraccionada entre establecimientos de dependencia administrativa municipal y otros dependientes de los Servicios de Salud, lo que agrega mayor dificultad a la atención de salud. La atención primaria se basa en atención básica preventiva a cargo de técnicos paramédicos y sistemas de rondas del equipo de salud, que van en frecuencia de 1/semana a 1 cada 2 meses o menos en zonas más extremas.

Todo lo anterior caracteriza a una población heterogénea, con determinantes sociales deteriorados y altamente vulnerable.

47 Informe N° VII de Situación Rural, CASEN 2000

48 Dirección de Vialidad, MOP "Programa Caminos Básicos" 2007

Situación de salud

Respecto a los indicadores de la situación de salud, destacan:

*Años de Vida Potenciales Perdidos*⁴⁹. Entre 1994 y 1998, en Chile se perdieron, en promedio para cada año 93,1 AVPP por 1000 habitantes, con una alta variabilidad comunal que va de 162,4 AVPP por 1000 hab. en Yumbel (región del Bío-Bío) a 1,5 en San Gregorio (región de Magallanes). Por otra parte, 40% de la población total vive en comunas con tasas de AVPP por encima de la mediana (97,5). Estas comunas se ubican mayoritariamente en la zona sur del país especialmente en las regiones VIII, IX y X, donde 106 comunas concentran 49% de la población con las mayores tasas. En la zona central (regiones V, VI, VII y RM), 45% de la población residente en comunas con tasas sobre la mediana. Finalmente, a nivel país, 93% de las comunas que presentan las mayores tasas de AVPP, son rurales.

Estas mayores tasas de AVPP se deben a altas tasas de mortalidad por accidentes especialmente en hombres jóvenes, adicciones (especialmente alcoholismo), violencia, embarazos precoces, mayores tasas de mortalidad general e infantil.

*Razón Estandarizada de Mortalidad (REM)*⁵⁰. En 98 (28%) comunas del país se observa un REM significativamente superior al promedio nacional, es decir con mayor daño, concentrándose en ellas 6.366.573 habitantes en el año 2000.

Solamente en las regiones VIII, IX y X, se concentra 50% del total de población con mayor daño. De ellas, la región de Bío Bío, tiene 33 comunas con REM significativamente superior, que corresponde a 93% de la población regional.

*Las patología de mayor frecuencia en zonas rurales*⁵¹ son las zoonosis y las intoxicaciones por plaguicidas, entre ellas destacan:

Zoonosis:

Brucelosis: La vigilancia de la brucelosis, al igual que el ántrax, es universal e inmediata de acuerdo al Decreto N° 158 y su notificación debe desencadenar una investigación epidemiológica en coordinación con el equipo de Acción Sanitaria de la SEREMI.

Hidatidosis: Esta enfermedad, que es la expresión de una infección contraída varios años atrás, sigue presentando un número elevado de casos. Las tasas más altas las registran en orden decreciente las regiones de Aisén (35,2 casos por 100.000 hab.) y Magallanes (11,5 casos por 100.000 hab.).

Triquinosis: Suele ocurrir como brotes esporádicos en grupos familiares, con una incidencia variable entre 0,7 y 0,2 por 100.000 hab./año. La incidencia en el año 2006 fue 0,35 casos por 100.000 hab. Las defunciones para el año 2004 en Chile fueron 2. Durante el año 2006 se notificaron 58 casos, correspondientes a las regiones V, VI, IX, X y RM.

49 MINSAL. DPTO EPIDEMIOLOGÍA. 2006

50 Boletín vigilancia epidemiológica, N° 11, Enero – Abril 2000. Minsal

51 MINSAL. Dpto. Epidemiología Revista "El Vigía" N° 25

Enfermedad de Chagas: en estudios de seroprevalencia, con muestreo de 10 a 20% de menores de 5 años de zonas rurales definidas como endémicas, realizado el año 2005 en las regiones IV, V, RM y I (Iquique), se encontraron 7 casos.

Hantavirus: Esta enfermedad tiene actualmente una presentación endémica con un aumento estacional. La incidencia más alta se observó en el año 2001. En el año 2006 baja a 0,24 x 100.000 hab., la mitad de lo observado el año anterior (56%). La tasa de mortalidad se ha mantenido estable en los últimos años, con cifras de 0.10 muertes por 100.000. El riesgo de enfermar por hantavirus aumenta en los grupos de edades productivas: las tasas de incidencia más altas en el año 2006 correspondieron al grupo de 20 a 29 años y 30 a 39 años (0,40 y 0,36 por 100.000 hab., respectivamente), cifra levemente inferior a los dos años anteriores.

Intoxicaciones Agudas por Plaguicida (IAP):

Enfermedad prioritariamente laboral. Durante el año 2006 se notificaron 713 intoxicaciones agudas por plaguicidas, con una tasa de 4 por 100 mil hab. y 40% de casos en brotes. Estos casos tienen una presentación estacional, concentrándose entre los meses de septiembre de un año a marzo del año siguiente, período de mayor utilización de plaguicidas en el sector agrícola. Durante el año 2006 se superó el número esperado de casos (mediana) en el primer semestre, en los meses de enero y marzo y en el segundo trimestre, en julio, noviembre y diciembre. Las regiones que presentaron las mayores tasas de IAP fueron la VI (L.B. O'Higgins), VII (Maule) y VIII (Bío-Bío).

ANEXO 3: DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE LA RED DE SALUD

Planificar y programar en Red ⁵² es un proceso a través del cuál los miembros de la red de atención de un territorio, liderados por el Gestor de Red, toman conocimiento de las necesidades de salud de la población, analizan su capacidad de oferta y diseñan un plan estratégico de mediano a largo plazo para dar respuesta a esas necesidades en forma conjunta, tomando como eje la estrategia de APS. Como herramienta metodológica permite realizar un proceso sistemático por el cual los componentes de una red:

1. Evalúan conjuntamente las necesidades y las expectativas de salud de su población.
2. Incorporan en la programación de salud comunal, las orientaciones y prioridades nacionales definidas por los Objetivos Sanitarios de la Década.
3. Incorporan en la programación de salud comunal, las orientaciones y prioridades regionales definidas en los diagnósticos y planes regionales de salud pública, desarrollados por la SEREMI, integrando las particularidades propias del contexto comunal.
4. Priorizan los problemas de salud de acuerdo a indicadores epidemiológicos y sociales e identifican grupos de población de mayor riesgo.
5. Acuerdan y fijan metas complementarias entre si, para dar cuenta de las metas nacionales en las prioridades de salud, tanto locales como nacionales (AUGE, Régimen general de garantías, Objetivos Sanitarios).
6. Definen y acuerdan el nivel de capacidad resolutive que tendrá cada componente de la red asistencial, en el marco de las estrategias y programas emanados desde MINSAL.
7. Identifican y organizan los recursos de cada componente de la red en función de las actividades necesarias

52 Capítulo "Metodología para programación en red", Orientaciones para la Programación en Red. Minsal 2009

para cumplir las metas propias y colaborar con el cumplimiento de las metas de los otros componentes: cuidados primarios, atención especializada abierta o cerrada y atención de urgencia.

8. Verifican las brechas entre la demanda y la oferta.
9. Analizan y planifican en forma conjunta como disminuir las brechas.
10. Redistribuyen los recursos humanos y financieros.
11. Reorganizan los procesos.
12. Redireccionan los flujos.
13. Programan para la resolución de áreas críticas.
14. Evalúan los requerimientos de capacitación y programas acorde la capacidad resolutive definitiva.
15. Evalúan los resultados obtenidos a través de los indicadores disponibles validados (CG, IAAPS, Metas Ley, Programas, producción, etc.), así como establecen indicadores locales de común acuerdo entre todos los miembros de la Red Asistencial.

Análisis de Necesidades de salud en la comunidad

Una aproximación al diagnóstico de la comunidad en los ámbitos epidemiológico, social y cultural puede hacerse a través de la respuesta sistemática a las siguientes preguntas ⁵³

53 Adaptado de Motta,P (2001) Desempeños en Equipos de salud Satisfacción de los usuarios: La gestión de las relaciones externas del equipo; MINSAL (2006) Subsecretaría de Salud Pública "Elementos para un diagnóstico epidemiológico con enfoque cultural. Guía básica para equipos de salud"

Identificación de aspectos demográficos de la población del territorio (los indicadores biodemográficos de morbilidad deben ser series de 5 años)	• ¿Cuál es la distribución por edades en cual etapa está la población que debe atender? • ¿Existen muchos ancianos? ¿Y niños? • ¿Cuál es la tasa de natalidad? • ¿Existen muchas adolescentes embarazadas? • ¿Cuál es la tasa de mortalidad general e infantil? • ¿Cuál es la tasa de natalidad y de mortalidad materna? • ¿Cuál es el porcentaje de población indígena? • ¿Cuál es la situación provisional de la población? • ¿Cuál es la población estimada según censo?
Migración interna	¿En la población atendida existen muchas personas que vienen de otras regiones del país?
Distribución de la población	• ¿La población está muy dispersa o se concentra cerca del servicio de salud? • ¿Existe personas de la zona rural entre la población atendida? • ¿El centro de salud o el hospital está cerca o ubicado en un lugar accesible para la población? • ¿Existen buenas vías de comunicación? • ¿Existen medios de transportes disponibles y accesibles? • ¿Existen en el área grupos marginados?
Saneamiento ambiental	• ¿La población tiene agua potable? • ¿Cómo se eliminan las aguas utilizadas? • ¿Hay saneamiento básico en la zona? • ¿Existen ríos o lagos contaminados? • ¿Cómo y dónde se recolecta y se desecha la basura? • ¿Existen fábricas o industrias que contaminan el ambiente?
Organizaciones sociales	• ¿Existen en la zona organizaciones sociales, religiosas, indígenas, educativas, recreativas y cooperativas? • ¿Cómo se relacionan estas organizaciones con el servicio de salud? • ¿Hay otros servicios de salud en la zona? ¿Son públicos o privados? • ¿Qué nivel de atención (primaria, secundaria y terciaria) es ofrecido a la población? • ¿Existen mecanismos de referencia y contrarreferencia entre los servicios? • ¿Existe personal ajeno a la salud prestando el servicio? • ¿Existe presencia de agentes médicos indígenas? • ¿Existe alguna relación entre el sistema médico indígena y el sistema médico oficial?
Situación social	• ¿Cuáles son las principales fuentes de empleo? • ¿Cuáles son los tipos de producción que hay en la zona? • ¿Las mujeres trabajan fuera de casa? • ¿Hay mucho desempleo?
Situación cultural	• ¿Cuál es la tasa de analfabetismo en la población? • ¿Conoce cuáles son los hábitos alimenticios de la población? • ¿La población acostumbra a automedicarse? • ¿La población indígena consulta a sus agentes tradicionales? • ¿La población indígena mantiene sus prácticas culturales? (ceremonias, lengua, alimentación, medicina, etc.)
Factores administrativos: dependencia administrativa	• ¿La dependencia financiera en relación a los organismos centrales es muy rígida? • ¿Existen ingresos procedentes de recursos propios? • ¿La compra de insumos es centralizada?
Factores económicos	• ¿Los servicios prestados son gratuitos? • ¿Existen servicios pagos en el área? • ¿El costo ha sido un factor que limita la búsqueda de los servicios?

Análisis de la Red de Salud

En esta aproximación debe considerarse, como sujeto de análisis, la:

- Red asistencial, es decir, los prestadores de atención de salud tanto públicos como privados
- Red comunitaria de salud, es decir, la comunidad e intersector

Las áreas que deben analizarse, entre otras, son:

1. La capacidad instalada, es decir, los recursos disponibles tanto desde la perspectiva de la red, como en cada componente de ella:
 - o Físicos (infraestructura y equipamiento): descripción de establecimientos de la red asistencial del territorio y su ubicación geográfica en relación a áreas pobladas y vías de acceso; catastro de organizaciones comunitarias e intersector que forman parte de la red comunitaria de salud
 - o Humanos: dotaciones, recurso humano disponible, competencias en términos de modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario y grado de especialización.
 - o Financieros: presupuesto y ejecución presupuestaria en relación a la actividad programada.
 - o Cartera de servicios y Desarrollo de unidades de apoyo al diagnóstico y tratamiento (oferta): desde la perspectiva de la red y desde la perspectiva de los establecimientos en particular; visualización de los servicios que ofrecen las organizaciones comunitarias y del intersector.
2. La organización funcional de la red en torno a la resolución de los problemas de salud de la población del territorio:
 - o Flujograma que refleja las relaciones entre los distintos actores de la red.
 - o Procesos que dan cuenta de la coordinación, comunicación, cooperación y colaboración entre dichos actores, tanto en el plano vertical como horizontal:
 - Red electiva: sistema de referencia y contrarreferencia
 - Red de urgencia
 - Red de alta complejidad (macrored)
 - Red de APS
 - Red comunitaria
 - o Procesos que dan cuenta de la mejora continua de la calidad de la atención, tanto técnica como percibida.
 - o Procesos que dan cuenta de la continuidad del cuidado.
 - o Procesos que dan cuenta de la participación comunitaria.
 - o Procesos que dan cuenta de la interacción con el intersector.
 - o Procesos que dan cuenta de la programación en Red.
 - o Procesos que dan cuenta de la evaluación de la Red y de los establecimientos
3. Los resultados del funcionamiento de la red, tanto en términos de resultados intermedios (de procesos) como resultados finales en salud y satisfacción usuaria:
 - o Producción: diferenciará y caracterizará los grados de resolutivez de cada establecimiento:
 - Indicadores que son usados como coeficientes técnicos en la programación en red ⁵⁴:

54 Orientación para la Programación en Red 2009, Minsal Septiembre 2008

- 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 quirúrgica.
 - N° de altas por cada consulta medica 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.
 - Índice de ocupación de camas
 - Perfil de consultas de urgencia (diagnóstico, horarios, etc.)
 - Indicadores relacionados con el nivel de resolución de la Red:
 - Derivaciones según procedencia (APS, especialidades, macroredes, convenios intersector, etc)
 - N° de casos en listas de espera según por procedencia, especialidad, diagnóstico, prioridad y tiempo de espera.
 - Tiempo de espera con cita agendada (rango y promedio) según tipo de especialidad y diagnóstico
 - Pertinencia de la derivación de APS en red electiva
 - Pertinencia de derivación de SAPU a UEH
 - Tiempo de espera en atención de urgencia
 - Indicadores relacionados con el perfil de uso de los establecimientos:
 - % de Población inscrita que usa el sistema
 - Tasa de consulta inscrito/año y habitante/año (series históricas)
 - Tasa de consulta de urgencia
 - Índice consultas SAPU por consultas diurnas
 - Índice de estudio de laboratorio por consulta diurna
 - Indicadores de resultados intermedios:
 - Cobertura de control de patologías crónicas
 - Acceso a prestaciones trazadoras
 - Cumplimiento AUGÉ
 - o Resultados en salud: tanto a nivel de establecimientos o zonas del territorio y de la red completa:
 - Tasa de morbimortalidad de los problemas de salud:
 - Incidencia de eventos cardiovasculares
 - Letalidad de eventos cardiovasculares
 - Equidad de acceso
 - o Satisfacción usuaria
4. Análisis de brechas: al respecto, cabe señalar que el análisis comparado de las necesidades de salud y los recursos necesarios para dar respuesta bajo los estándares del sistema de salud, deben permitir identificar las brechas de recursos (humanos; tecnológicos; insumos, competencias, etc) y/o gestión que deben ser solucionadas como parte del modelamiento de la Red.
- o Balance Recursos y Determinación de Brechas
 - Para estos efectos se recomienda usar como punto de referencia la implementación de la cartera del Plan de Salud Familiar (acorde a lo establecido en el decreto per cápita correspondiente), las

prestaciones del régimen de garantías explícitas, las acciones del régimen general de garantías relacionados con los objetivos sanitarios y las prioridades sanitarias de la población del territorio.

- Otra perspectiva de análisis es basarse en la historia natural de los problemas de salud frecuentes, prioritarios y/o abordados en el AUGÉ y prioridades nacionales. Esto implica analizar cada problema de salud en función de las etapas que pasa (factores de riesgo o protectores, enfermedad subclínica, enfermedad presente, secuelas) y de las acciones sanitarias que pueden cambiar la progresión de una etapa a otra. Para cada etapa se identifican las prestaciones más efectivas, el prestador más competente y la meta que debe cumplir. Es así cada actor de la red de salud puede hacer una contribución más específica al cambio de la historia natural del problema: la comunidad lo hace con la promoción y prevención; los centros de APS con promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; los centros secundarios y terciarios con tratamiento y rehabilitación. Para cada uno de ellos puede identificar las prestaciones trazadoras, las metas que deben cumplir y los recursos para lograrlo.
 - El resultado de la ecuación $R. \text{Disponibles} - R. \text{Necesarios}$, debe ser 0, un valor (-) implica una brecha que se expresa como recursos faltantes. Este balance debe realizarse a nivel de red se realizara a nivel de cada centro de responsabilidad 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.
 - Finalmente hay datos de análisis de los resultados de la red que constituyen brechas en si misma, por ejemplo las listas de espera que sobrepasan el estándar de tiempo establecido en la normativa vigente.
- o Análisis de las Brechas
- En el marco de los objetivos y orientaciones de la red. Las brechas se consolidaran a nivel de establecimiento. Si no es posible resolver las brechas a nivel de equipo clínico ni de establecimiento, serán analizadas y resueltos (cierre de brechas) a nivel del CIRA.

ANEXO 4: ANÁLISIS DE SITUACIÓN DEL HFC

Los antecedentes aportados para el análisis de la red deben servir de base para continuar con el análisis detallado del establecimiento.

Este análisis se enmarca en la planificación estratégica del establecimiento para pasar a HFC. El objetivo de este análisis detallado es contar con información relevante para llevar a cabo el proceso de cambio y establecer una línea base, tanto en aspectos estructurales como de gestión (calidad de servicio, oferta y producción, etc.), que permitirán a los equipos “ver” las innovaciones que deben introducir como parte del proceso de cambio. Este diagnóstico de detalle será clave para el rediseño del establecimiento y los énfasis que ello tendrá de acuerdo a la realidad local.

1. Análisis externo: Oportunidades y amenazas en relación a la Red Territorial
 - a. Análisis de los flujos de pacientes por procedencia y características de la demanda expresada
 - b. Relación con comuna en que está inserto y con comunas vecinas de donde proviene población usuaria
 - c. Gestión municipal de comunas con quienes se relaciona
 - d. Redes comunitarias de las comunas con quien se relaciona
 - e. Análisis sociodemográfico de la población de las comunas con quienes se relaciona
 - f. Red asistencial de las comunas con quienes se relaciona
 - g. Cobertura de esta red en el área de influencia y acceso de la población a atención de salud
 - h. Necesidad de salud y demanda expresada.
 - i. Interacción con pueblos indígenas.
2. Análisis interno: Fortalezas y debilidades en relación a:
 - a. Organización interna:
 - i. Estructura directiva:
 - Perfil profesional
 - Perfil de competencias⁵⁵: estratégicas (análisis de entorno, diseño de estados futuros, represen-

55 Hospital comunitario, Ivan Paul, SS Ñuble, Nov 2007.

- tante de la organización); de gestión (orientación al usuario, gestión por resultados, gestión de recursos, dirección de personas o gestión de recurso humano); de trabajo en equipo (liderazgo, comunicación, trabajo en equipo, motivación); personales (autoevaluación y diseño de cambio, logro y acción, ayuda y servicio, influencia –dirección, cognitivas –sociales)
- Tiempo de permanencia en el cargo
- ii. Centros de responsabilidad
 - iii. Gestión financiera: centros de costo, presupuesto y ejecución presupuestaria
 - iv. Oferta de servicios: cartera de servicios, pertinencia de la oferta de servicios en relación a la demanda, capacidad resolutive, capacidad de traslados de pacientes, cuidados domiciliarios, etc.
- b. Gestión de recurso humano: política de recurso humano, cantidad de funcionarios por estamento, competencias de los funcionarios en relación al modelo de atención, programas de capacitación. Nivel de motivación de los funcionarios al cambio, barreras y facilitadores para el cambio. Identificación de grupos de interés y sus líderes de opinión, tanto a favor como en contra, así como su nivel de influencia en la capacidad de adaptación de la organización. Identificación de canales de comunicación formales e informales.
- c. Organización de los procesos de atención y flujos internos en:
- i. Atención ambulatoria: atención primaria, atención de especialidad.
 - ii. Atención de urgencia
 - iii. Atención cerrada
 - iv. Procesos de apoyo diagnóstico terapéutico (Farmacia, laboratorio, imágenes)
 - v. Procesos de apoyo general (esterilización, lavandería, alimentación, etc.)
- d. Procesos y Herramientas de Gestión clínica y de calidad de la atención:
- i. Disponibilidad y uso de guías clínicas
 - ii. Mejora continua de la calidad de la atención, tanto técnica como percibida.
 - iii. Continuidad del cuidado.
 - iv. Participación comunitaria.
 - v. Interacción con el intersector.
 - vi. Programación en Red.
 - vii. Evaluación permanente de los resultados y sistema de información disponible para ello.
- e. Producción y su correlación con la demanda

ANEXO 5:

PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CON ENFOQUE FAMILIAR Y COMUNITARIO

- **Centrado en las personas,** implica considerar a las personas, familias y comunidades en el centro del proceso de toma de decisiones, considerando sus necesidades de salud, la vivencia de sufrimiento de las personas y los derechos y deberes de todos los involucrados en la relación (usuario interno y externo). Esto es posible con un modelo de relación empático, simétrico, respetuoso, en que se funda la corresponsabilidad, entre el equipo de salud y los usuarios, del cuidado de la salud de las personas y comunidades. Este concepto se extiende también a los usuarios internos (equipo de salud en su totalidad), en lo referido a medidas dirigidas a mantener ambientes laborales saludables.
- **Enfoque de salud familiar,** implica una mirada comprehensiva de las familias como contexto social primario de las personas, determinante de conductas protectoras o de riesgo para la salud, modulador de la vivencia de enfermedad, determinante en el perfil de uso de los sistemas de salud y como agente terapéutico per sé o como coadyuvante de tratamientos en alguno de sus miembros, además es determinante en la construcción de la personalidad y capacidad de resolución de conflictos y adaptación de las personas. Finalmente tiene un patrón de desarrollo que permite predecir situaciones de riesgo en el cuidado de la salud (crisis normativas y no normativas).
- **Énfasis en lo promocional y preventivo,** implica una actitud anticipatoria y proactiva en el cuidado de la salud, aplicar un enfoque de riesgo a nivel poblacional e individual que permitan orientar los recursos en forma equitativa y anticipatoria al daño. Este enfoque debe estar presente en toda la red asistencial.
- **Continuidad del cuidado,** se refiere a asumir la responsabilidad del cuidado en distintas dimensiones, durante la ocurrencia de un problema de salud, a lo largo de la vida (crisis normativas y no normativas) y en el continuo de la red de salud, entendiendo que ésta se extiende desde el domicilio a los centros hospitalarios.
- **Integralidad,** implica una mirada holística del ser humano, es decir, bio-sico-social- espiritual y cultural, lo que significa considerar además el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables. Este enfoque se extiende también a las comunidades y entorno de las personas y familias.

- **Énfasis ambulatorio**, desde la perspectiva de red esto implica priorizar los procesos de atención abierta y cercana a las personas, resguardando la seguridad del cuidado a través de sistemas eficientes de referencia y contrareferencia y traslado de pacientes. Esta dimensión aborda también los cuidados domiciliarios como un ámbito en el que las familias requieren de apoyo para su realización, especialmente los cuidadores.
- **Trabajo en Red**, ello implica la integración funcional efectiva de la red asistencial y comunitaria de salud, a través del uso eficiente de sistemas de información y gestión que permitan: comunicación efectiva, es decir, compartir información relevante entre las partes involucradas; colaboración, es decir, realizar las acciones por quienes tienen las mejores competencias; coordinación, es decir, basar las decisiones de unos en las decisiones previas de otros y cooperación, es decir, actuar en forma complementaria.
- **Trabajo Comunitario**⁵⁶, se refiere al proceso de incorporación de la comunidad en el quehacer en salud, en la que pueden distinguirse al menos tres dimensiones: ética, referida a los fines y objetivos que fundamentan la incorporación de la comunidad en las acciones de salud, es decir, “para qué” de la participación activa de la comunidad, en tal sentido, se espera que la comunidad participe en la construcción de una ciudadanía activa, identificando y expresando sus expectativas y necesidades, proponiendo soluciones frente a problemas, participando en la elaboración de planes y proyectos locales de salud y evaluando la ejecución de distintas acciones e iniciativas en salud; dimensión técnico metodológica, referida al conjunto de herramientas e instrumentos técnico-metodológicos que apoyan el desarrollo del trabajo comunitario, tales como procesos de negociación de intereses, identificación y análisis de necesidades y expectativas, planificación local participativa, etc.; dimensión relacional, referida a la necesaria interacción entre actores sociales, técnicos y políticos que asumen un rol protagónico en el desarrollo de acciones de salud, basadas en la generación de alianzas estratégicas y cuidando no caer en relaciones instrumentales.
- **Participación**, se entiende como un valor social que involucra compartir el poder, desarrollar la solidaridad y el respeto por lo humano, implica el reconocimiento del otro como un ser válido e igualitario, digno de ser respetado y considerado en todas las situaciones y momentos que le vinculen con su proceso de salud-enfermedad; ello permite contar con personas y equipos de salud capaces de lograr acuerdos de trabajo conjunto con organizaciones comunitarias autónomas a fin de fortalecer sus competencias y potencialidades en promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación⁵⁷. Otras dimensiones de la participación se relacionan con la consideración permanente de la opinión y preferencias de las personas en las decisiones del centro de salud y con el rol de control social de la gestión en salud.
- **Intersectorialidad**, la acción conjunta de los distintos sectores es clave para la estrategia de APS y, junto a la participación social, es central para el abordaje de los determinantes sociales en salud (DSS). Los equipos de APS deben llegar a un equilibrio en la dinámica de activador y/o colaborador con el intersector y mantener coordinación permanente con las organizaciones de la comunidad.
- **Calidad**, comprende tanto una dimensión técnica como la percepción de los usuarios. En el marco del proceso de toma de decisiones en la atención de salud (perspectiva de la gestión clínica), calidad se entiende como

56 Manual Centros Comunitarios de Salud Familiar. Minsal, Octubre 2008

57 Manual Centros Comunitarios de Salud Familiar. Minsal, Octubre 2008

“hacer lo correcto, correctamente, a las personas correctas y la primera vez”⁵⁸. En el marco de la perspectiva del usuario, la calidad percibida se entiende como el resultado del cruce de la experiencia previa de los usuarios, sus expectativas y la capacidad de la organización de diseñar, comunicar e implementar los servicios de atención de salud de acuerdo a los atributos valorados por los usuarios.

- **Orientación a resultados**, se refiere a dos aspectos centrales de los modelos de evaluación y monitoreo, por una parte, abordar la medición de resultados intermedios como calidad técnica, eficiencia, eficacia, etc. y focalizar en la medición de resultados finales, tales como resultados en salud y satisfacción usuaria; por otra parte, establecer medidas de gestión que, usando la información de la evaluación y monitoreo, permitan introducir mejoras en la gestión y por tanto mejoras en los resultados.
- **Tecnologías apropiadas**, considera tanto lo relativo a acceso al conocimiento científico actualizado, como a las tecnologías de información y comunicaciones y equipamiento. También debe considerarse la necesidad de ajuste rápido y evaluado del uso de tales tecnologías y su impacto en los resultados en salud y en la eficiencia del sistema de salud.
- **Fuerza laboral**, se refiere a los cambios cualitativos y cuantitativos que se requieren en el recurso humano para efectos de implementar el modelo de atención y mejorar los resultados en salud. Estos cambios dicen relación con las competencias nuevas y específicas para el modelo de relación y la gestión, tales como “hacerse cargo de la población” sin ser paternalista, desarrollar la empatía, construir una relación de corresponsabilidad del cuidado de la salud, desarrollar habilidades y adquirir nuevo conocimiento para implementar intervenciones orientadas al cambio de conductas de la población y los equipos de salud. Por otra parte, no deben olvidarse las habilidades que deben desarrollar todos los miembros del equipo de salud, para actuar como gerentes de recursos desde el rol que les corresponde dentro de la organización.

58 Secretary of State for Health: The New NHS: Modern and dependable. London; HMSO, 1997

ANEXO 6:
NIVELES DE INTERVENCIÓN CON FAMILIAS
Adaptado de Doherty y Baird

En el abordaje de los problemas de salud, no siempre se requiere de la participación de la familia en su manejo y, cuando se requiere de ella, no siempre es con el mismo nivel de intensidad.

La profundización de la interacción del equipo de salud con las familias a cargo, depende del rol potencial que la familia tenga en la recuperación del estado de bienestar, según su participación en la génesis del problema de salud, en el manejo terapéutico y la influencia que ejerza en la vivencia de enfermar del o los miembros afectados.

De acuerdo a ello, Doherty y Baird describieron una sistematización de niveles de intervención, en base a conocimientos, desarrollo personal y destreza clínica, que delinea el tipo de relación que los equipos de salud deben establecer con las familias a cargo. Es así que en el marco de la atención de urgencia probablemente el nivel de intervención es de mínimo énfasis, sin embargo, en la mayoría de los contactos de atención programada deberían ser de nivel 3. Finalmente, cada nivel se construye sobre el nivel previo y el equipo de salud en su conjunto debiera dar cuenta de los niveles 1 a 4.

Nivel de Intervención		Conocimiento y Habilidad de Profesional	Relación con la familia
1	Mínimo Énfasis	Técnicas básicas de comunicación	Sólo por razones prácticas o médico-legales
2	Información continua y consejería informativa	Comprensión de la relación triangular Equipo-Paciente-Familia Conocimiento básico del desarrollo familiar	Actitud de escucha y acogida Involucra la colaboración de la familia en el plan de manejo Canaliza inquietudes de las familias muy demandantes

Nivel de Intervención		Conocimiento y Habilidad de Profesional	Relación con la familia
3	Nivel emocional: involucra sentimientos y apoyo emocional, consejería en crisis	Conoce el desarrollo normal de las familias y su respuesta al estrés Entrevista individual y familiar	Identifica problemas incipientes de funcionamiento familiar o crisis, reconoce sus repercusiones y establece relación de soporte emocional con las personas y/o familias y entre los miembros de la familia. Ayuda al individuo y familia a movilizar sus recursos.
4	Evaluación funcional e intervención planificada	Adiestramiento en la evaluación de familias y reconocimiento de la disfunción familiar Conocimientos de teoría de sistemas aplicado a las familias Capacidad de manejo de grupo	Capacidad de planificar y realizar intervenciones que ayudan a las familias a enfrentar sus problemas. Identifica la disfunción y deriva según la situación. Realiza acompañamiento aún cuando se haya derivado.
5	Terapia Familiar	Capacidad de realizar intervención terapéutica con familias disfuncionales	Busca cambiar patrones fundamentales de interacciones o creencias familiares muy profundas.

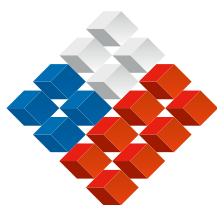


GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Atención Primaria
Departamento de Diseño y Gestión de Atención Primaria

SERIE CUADERNOS DE REDES N°**20**

MARCO REFERENCIAL HOSPITALES DE LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES