

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA: ASPECTOS CENTRALES EN LA GESTIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD



INDICE

Antecedentes Generales	3
Introducción	4
I. ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD	5
1.1 Sectorización	7
II. EQUIPO DE SALUD CON POBLACIÓN A CARGO: UNIDAD BÁSICA DEL TRABAJO EN EQUIPO TRANSDISCIPLINARIO	10
2.1 Trabajo en Equipo	11
III. PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN	17
3.1. Planificación y programación en red	17
3.2. Planificación y programación sectorizada	19
3.3. Planificación Estratégica	20
3.4. Planificación Programática	22
3.5. Programación Operativa	23
IV. GESTIÓN CLÍNICA	25
4.1. Definición de Gestión Clínica	25
4.2. Factores que posibilitan el éxito de la gestión clínica	27
4.2.1. Herramientas de la gestión clínica	27
4.2.2. Principales pasos a seguir en la Gestión Clínica	28
4.2.3. Definición de calidad	29
4.2.4. Dimensiones de la Calidad	31
4.2.5. ¿Por qué es importante medir la calidad?	32
4.2.6. ¿Cómo medir la calidad?	33
4.2.7. Herramientas para la Medición	34
V. TRABAJO CON LA RED DE SALUD	41
5.1 Definición y organización de la red	41
5.2 Elaboración de protocolos de referencia y contrareferencia	42
5.3 Otros elementos para fortalecer el trabajo en red	43
VI. LECTURAS RECOMENDADAS	45

Antecedentes Generales

Objetivo General del Curso

Identificar conceptos y elementos claves en la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en la Red Asistencial.

Introducción

La gestión del Centro de Salud debe reflejar los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) y permitir el cumplimiento de los objetivos y metas establecidas en la planificación, en consistencia con las orientaciones programáticas vigentes.

La organización de los recursos persigue hacer realidad el concepto de Equipo de Salud con población a cargo, y los aspectos administrativos se orientan a la protección de la salud de esta población.



I. ORGANIZACIÓN DEL CENTRO DE SALUD

Respecto a la organización de los centros de salud en el Reglamento General de la Ley 19378¹, se establece que “las entidades administradoras definirán la estructura organizacional de sus establecimientos de atención primaria de salud y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora, **sobre la base del plan de salud comunal y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud**” (Artículo N° 11).

Al respecto se recomiendan las siguientes directrices a fin de resguardar que la organización del centro de salud sea coherente con el Modelo de Atención Integral de Salud:

- a. El eje articulador de la organización se concibe centrado en la persona, en donde el equipo director o gestor y el equipo de salud territorial o de sector juegan un rol relevante.

Respecto a la Dirección del Centro de Salud, se recomienda contar con un equipo director o gestor que asesore a la Dirección en funciones técnico administrativas y en áreas estratégicas del desarrollo del modelo de atención integral de salud. Sus integrantes son definidos por la Dirección del establecimiento, se sugiere a lo menos incorporar a las personas que cumplen funciones de jefes de sectores, asesores técnicos, encargado de promoción y participación social, jefe de SOME, entre otros.

- b. Respecto al equipo de salud, es necesario continuar avanzando desde una organización de los equipos alrededor de los programas de salud, hacia **equipos de salud territoriales o de sectores con carácter** multiprofesional, con una organización interna, que facilita una atención centrada en las personas, la comunicación y el intercambio de experiencias, una participación real de todos sus miembros y decisiones interdisciplinarias. Para ello es necesario que los equipos territoriales o de sectores²:

- Consideren que su rol se desarrolla a lo menos en tres ámbitos:
 - a) Aquellas funciones que le son tradicionales e irrenunciables como es el rol asistencial.
 - b) La participación social y comunitaria en salud, como un facilitador que contribuye a generar el proceso participativo dentro de su localidad aportando con sus conocimientos, recursos y habilidades a una tarea colectiva que comprometa a otros actores a elevar el nivel de salud de la población.
 - c) El trabajo intersectorial que apunta al desarrollo global de su localidad. Esto significa dejarse convocar y participar en una tarea que, si bien no le es propia, requiere de su aporte específico.

¹ Decreto Supremo: N° 2296, de fecha 23.12.1995

² Gatica W., Herrera M., Llanos H. De consultorio a centro de salud familiar; Cambios en el equipo



Módulo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Aspectos Centrales en la Gestión del Modelo de Atención Integral de Salud

- Realicen sus funciones y actividades integradas en una programación compuesta de objetivos y tareas, en la cual cada miembro participa y asume su responsabilidad en el cumplimiento de ellas, con participación real de todos y reconocimiento del aporte de cada miembro.
- Cuenten con un coordinador de sector, quién será el encargado de dirigir, integrar y consolidar las actividades del equipo territorial en torno a la ejecución del Plan de Salud Familiar, para un territorio o sector específico de la población a cargo. Es el contacto directo entre el equipo y la Dirección del establecimiento.
- Acuerden planes de trabajo con definición de roles, metas o tareas a realizar y calendarización de actividades, en forma coherente con la planificación general del establecimiento. Las actividades de los equipos son diversas: administrativas, promocionales, preventivas, curativas, rehabilitación, etc. Se incluyen acciones fuera del establecimiento, orientadas a la comunidad y en conjunto con ésta.
- Cuenten con protocolos que orienten las acciones del equipo de salud y resguarden la seguridad de la población a cargo.
- Sean resolutivos y se encuentren insertos en la comunidad, más cerca de las personas, de esta forma se espera aumentar los niveles de respuesta a las necesidades de ellos, mejorando los niveles de satisfacción y de adhesión de los usuarios a los sistemas de salud.
- Dispongan del tiempo suficiente para reunirse en forma periódica con el objeto de evaluar su plan de trabajo, analizar casos clínicos y estudios de familia, autoevaluar su grado de madurez y desempeño como equipo en la ejecución del trabajo, además de participar en reuniones recreativas o sociales, que les permita mantener un clima laboral adecuado. Los problemas se analizan al interior de las reuniones de equipo y se proponen participativamente soluciones. La frecuencia de reuniones se adapta a las necesidades del equipo y a las demandas de la población a cargo, lo que implica un gran esfuerzo en la programación de actividades de modo que se logre dar respuesta a dichas demandas y a las orientaciones programáticas.

Se sugiere que los equipos realicen un diagnóstico de situación de las reuniones que se realizan en el centro (encuesta perfil de reuniones: detectar duplicidad de tareas o la ausencia de instancias de coordinación de ellas).

- c. Conforme la organización definida para el centro de salud se establece el organigrama, el que orienta la reorganización tanto a nivel del establecimiento, como dentro de los propios equipos de trabajo. La organización matricial, que corresponde a un órgano articulador que debe en forma simultánea responder a las normas programáticas provenientes del MINSAL y del Servicio de Salud correspondiente, y a las necesidades de salud de la población. Además, desde el punto de vista organizacional, la matriz también es útil para analizar la distribución del

personal, tanto en los equipos por sector como en los asesores técnicos³.

- d. Contar con un comité de calidad que incorpore la participación de los usuarios, promueva la implementación de sistemas de gestión de los procesos administrativos y asistenciales; a través de la ejecución de auditorías de seguimiento para el mejoramiento continuo de los mismos e impulsen el desarrollo organizacional hacia el aprendizaje permanente.
- e. Contar con un plan de capacitación continua de los equipos en temas acordes a la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud, que le permitan una mayor resolución y un manejo adecuado de problemas complejos, tales como el abordaje de personas con condiciones crónicas en contexto de multimorbilidad.

El desafío de abordar la salud desde la concepción biopsicosocial y ofrecer una atención integral a las personas, significa una tarea hasta ahora no asumida completamente. Hacerlo significa dar cabida a cambios diversos y profundos, los que sin lugar a duda harán la tarea de los equipos de salud aún más compleja y exigente, pero a la vez, más atractiva. Consolidar los centros de salud familiar implica necesariamente fortalecer un equipo multiprofesional, que desarrolle acciones coordinadas en razón de satisfacer necesidades en salud de la comunidad asignada. Esto implica como consecuencia el impulsar el desarrollo de nuevas estrategias e instrumentos, tanto en el ámbito administrativo como en el técnico⁴.

1.1 Sectorización

Implica la división territorial considerada a partir de las barreras geográficas y límites naturales de una determinada población, que reconoce como elementos definitorios: una superficie determinada, un número determinado de habitantes, la necesidad de identificar el equipamiento e infraestructura comunitaria y la organización de los recursos.

Se la puede considerar como una estrategia de acercamiento a la población usuaria, que comprende un ordenamiento de la misma a nivel territorial.

El sector, en esencia, es un espacio territorial donde habita un conjunto poblacional (personas/familias), que constituye la “población a cargo” de un equipo de sector, en torno a la cual se desarrolla el trabajo en salud.

El objetivo es avanzar en un trabajo centrado en las personas, familias y comunidades con enfoque familiar y comunitario, en forma más directa y detallada para mejorar la calidad de

³ Gatica W., Herrera M., Llanos H. (s/f), De consultorio a centro de salud familiar; Cambios en el equipo

⁴ Gatica W., Herrera M., Llanos H. (s/f), De consultorio a centro de salud familiar; Cambios en el equipo.

vida de la población. La identificación de las necesidades, de los recursos que las personas disponen, de los factores de riesgo y protectores de las familias, permitirá al equipo gestor, acoger a las familias, potenciar sus capacidades y habilidades, e involucrar en la atención integral a otros actores en el territorio, cuando sea necesario.

Los objetivos del trabajo

Los objetivos del trabajo que se desarrolla en un sector son:

- Conocer el sector, identificar sus necesidades, recursos, factores de riesgo, protectores.
- Acoger a las familias, potenciar capacidades y habilidades de las familias y del equipo gestor.
- Fomentar y fortalecer el trabajo en red.
- Identificar y potenciar los recursos existentes en la comunidad Identificar y priorizar las necesidades de los usuarios Fomentar la promoción de la salud.
- Efectuar acciones de prevención, protección y rehabilitación de la salud con enfoque familiar.
- Otorgar atención de salud según demanda y controles de salud de acuerdo al ciclo vital individual y familiar, con enfoque de riesgo y anticipatorio, considerando las orientaciones vigentes.
- Garantizar la continuidad de la atención a través de equipos estables de salud.
- Potenciar capacidades y habilidades de las familias mediante el conocimiento de las necesidades, factores de riesgo y protectores, tanto de la familia como de su ambiente cercano.
- Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.
- Coordinar acciones tendientes a lograr las metas planteadas, en relación con los compromisos de gestión.

Reflexión

¿Cómo se están trabajando estos objetivos en su Centro de Salud?

Algunos criterios para efectuar la sectorización

La subdivisión de la población en conglomerados más pequeños implica tomar decisiones respecto a cuáles serán los elementos que definirán los sectores, considerando el análisis de los recursos disponibles.

Para comenzar es indispensable informar a la comunidad sobre las características del Modelo de Atención Integral de Salud, con el objeto de incorporarlos en la toma de decisiones sobre la asignación de equipos de cabecera con población a cargo (sectorizada): informar y recibir sus opiniones, disipar dudas y temores. Una de las estrategias puede ser dividir la totalidad de la población por el número de usuarios que se estima sería conveniente por sector, luego revisar su correspondencia con las villas y poblaciones y/o los límites de las juntas de vecinos y sus factores de riesgo. A partir de esa primera aproximación es más fácil delimitar los sectores. En general, puede realizarse en función de variables como: familias inscritas, variable geográfica administrativa, que permita una acción que tenga efectos operativos; variables de riesgo biopsicosocial; recursos humanos.

Al respecto la experiencia nos indica que es de mucha importancia que la sectorización respete las áreas geográficas de las Juntas de Vecinos, ya que sus dirigentes serán claves en el proceso de participación en el trabajo en salud y en la toma de decisiones. Asimismo, las variables de riesgo cobran especial relevancia al momento de sectorizar, porque facilita la programación de actividades y la asignación de recursos humanos.

Idealmente, se deberá promover una inscripción cercana al domicilio y considerar población flotante.

En el proceso se incorpora la participación de la comunidad a través de los Consejos de Desarrollo y trabajo con organizaciones sociales y comunitarias u otros que se dispongan, especialmente en la definición de las áreas territoriales con equipos de salud a cargo.

La sectorización es una gran oportunidad de participación social. La experiencia revela dificultades cuando se realiza unilateralmente sectorizaciones de tipo administrativo, sin ninguna posibilidad de participación social, así como tampoco de los equipos involucrados, dañando con ello procesos vitales para la generación de vínculos y sentido de pertenencia entre equipos y población a cargo.

II. EQUIPO DE SALUD CON POBLACIÓN A CARGO: UNIDAD BÁSICA DEL TRABAJO EN EQUIPO TRANSDISCIPLINARIO

En los establecimientos de atención primaria (CESFAM, Postas de Salud Rural, Hospitales Comunitarios) el equipo de cabecera es la unidad básica de trabajo⁵, que establece una relación continua con la población a cargo y permite la mejora en la calidad de la atención⁶.

El equipo de cabecera es un equipo de profesionales, técnicos y administrativos que se hace cargo de la salud de un sector definido de la población, en los niveles de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Entre las funciones de los equipos de cabecera se puede mencionar:

- Realizar diagnóstico de situación de salud de su población considerando la participación de la comunidad en su elaboración.
- Diseñar, implementar, monitorizar y evaluar el plan anual de actividades de su sector (programación).
- Identificar las brechas en las competencias necesarias para el trabajo con familias, gestionar la capacitación continua del equipo y monitorizar su implementación.
- Evaluar el riesgo/protección de las familias a cargo.
- Realizar intervenciones familiares (ver capítulo 5).
- Mantener un vínculo activo con la comunidad y el intersector.
- Trabajar en forma coordinada con otros equipos del centro de salud y de la red.

La composición de un equipo de cabecera debe ajustarse a las características concretas del sistema de salud y la población que atiende, para dar respuesta a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad⁷. Estas necesidades implican factores biológicos, psicológicos y sociales completamente imbricados, por lo tanto, el equipo debe integrar estas tres miradas a través de la participación de profesionales del área biomédica, psicológica y social, técnicos paramédicos y funcionarios administrativos.

La Atención Primaria en Chile tiene características que permiten la integración de funcionarios profesionales y administrativos en el desarrollo de trabajo en equipo. Por un lado, ha sido pionera en la incorporación de diversos profesionales al equipo de salud como; matronas, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales,

⁵ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007: 8.

⁶ Fabiola Figueroa Valenzuela, Rodrigo Muñoz Muñoz, Capacidad Resolutiva y Trabajo en Equipo: Factores de la calidad de la atención 6. Facultad Medicina.uach.cl

⁷ Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS, © 2007:10.

odontólogos, además del médico, enfermera y técnico paramédico quienes tradicionalmente han formado el equipo de salud en otros países. Por otro lado, es importante notar, que parte de los funcionarios que trabajan en APS pertenecen a la población a cargo que atiende el centro de salud, con lo cual la mirada de la comunidad es incorporada al trabajo en equipo. Ambas características facilitan una visión más completa e integrada de los problemas de las personas, de la realidad local y de las posibles estrategias a seguir para abordar esos problemas.

2.1 Trabajo en Equipo

Para hacerse cargo de la salud de su población, se recomienda que el trabajo del equipo cumpla con criterios de:

- **Alto desempeño:** Las competencias de los individuos se potencian y se logra un resultado sinérgico, que es más que la sumatoria de sus partes.
- **Transdisciplina:** Con la participación de las distintas disciplinas y saberes que interactúan en un mismo espacio y tiempo en forma de discusión abierta y de diálogo, aceptando cada perspectiva como de igual importancia (la de los profesionales, los no profesionales y la comunidad) y relacionándolas entre sí, para crear una visión compartida de la realidad más completa e integrada, para el abordaje de la salud de la población a cargo.
- **Gestión del conocimiento:** Se basa en el aprendizaje organizativo que se genera cuando las personas comienzan a trabajar en equipo y se constituye en la principal instancia docente de la organización. Es decir, es un medio para que el Centro de Salud aumente la capacidad de resolver eficientemente problemas cada vez más complejos⁸.
- **Autocuidado del Equipo**⁹: Considera actividades para el abordaje compartido de tareas y el fortalecimiento de la identidad del equipo, para disminuir los niveles de ansiedad y burnout relacionados con el quehacer laboral. Cada equipo puede diseñar sus propias estrategias.
- **Investigación:** Realizar proyectos de investigación que surjan a partir de la situación de salud de la población a cargo.

⁸ Fabiola Figueroa Valenzuela, Rodrigo Muñoz Muñoz, Capacidad Resolutiva y Trabajo en Equipo: Factores de la calidad de la atención 4. Facultad medicina uach.cl

⁹ Sociedad Chilena de Medicina Familiar, D. (2020). Cuidado y Autocuidado de los Equipos de Atención Primaria en el Modelo de Salud Familiar. *Revista Chilena De Medicina Familiar*, 10(1), 13-16. Recuperado a partir de <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/20>

Consideraciones para la programación de Reuniones de Equipo

- **Tiempo:** Se sugiere un mínimo de 1 hora 30 minutos semanal.
- **Lugar:** Espacio protegido adecuado para la cantidad de participantes del equipo.
- **Participantes:** Profesionales, técnicos y administrativos involucrados en el proceso de atención de las personas.
- **Disponibilidad de información:** Ficha Clínica, encuesta familiar, recursos informáticos en red.
- **Aspectos éticos:** El Consentimiento informado y la confidencialidad se resguardarán de acuerdo a la Ley de Deberes y Derechos de los usuarios (Ley 20584 vigente desde el 1 de octubre de 2012).

El equipo de salud debe definir los criterios para identificar al profesional que se hace cargo de cada caso.

- **Registro:** Actas, estadística de la actividad (REM y otros) y ficha clínica.

La reunión del equipo de sector es, entonces, la estrategia donde se planifican y coordinan las actividades que explicitan los principios del Modelo, de forma integral y a largo plazo, trabajando con los equipos de apoyo.

A continuación, revisaremos el proceso de cambio de consultorio a CESFAM, sistematizado a lo largo de seis años, en base a libro de actas por el equipo de salud del CESFAM de Tirúa.

CONSTRUYENDO LA HISTORIA A PARTIR DEL LIBRO DE ACTAS DEL EQUIPO GESTOR.

Autora: Ingrid Perlo Bryett, Matrona CESFAM Isabel Jiménez, Tirúa.

Tutora: Patricia Pérez Wilson, Psicóloga, Facultad De Medicina, Universidad de Concepción.

Esta experiencia se realiza en la comuna de Tirúa (“lugar o territorio de encuentros o reuniones”, en lengua mapuche), ubicada en la provincia de Arauco, VIII región. Su población aproximada es de 10.600 habitantes (población rural 74%. y población mapuche 39,9%). El sistema de salud local es de dependencia municipal y lo conforman un Centro de Salud Familiar (CESFAM), un Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF), cinco postas de salud rural y dos estaciones médico rural. El hospital base de derivación se encuentra ubicada en la ciudad de Cañete (distante a 67 kilómetros).

A partir de finales del año 2006, nuestro consultorio inició el proceso de transformación hacia centro de salud familiar. Sin embargo, el primer acercamiento con experiencias de trabajo en esta área se dio en el contexto de las pasantías internacionales y diplomados en Salud Familiar, elementos importantes en la consolidación del modelo. Es en este proceso de implementación del modelo donde se da la oportunidad para realizar nuestra Buena Práctica: contar desde el inicio del proceso con un libro de actas del equipo gestor donde está el registro de seis años de camino, material e información valiosa que el equipo gestor 2012 consideró importante utilizar para reconstruir la historia de su proceso de transformación.

Los objetivos se orientaron a:

- Reconocer y validar la implementación de un libro de actas del equipo gestor como sistema de registro continuo que da cuenta del proceso histórico de la implementación del modelo de salud familiar en nuestro CESFAM.
- Establecer aspectos relevantes en el proceso de transformación de consultorio a Centro de Salud Familiar, identificando elementos históricos, facilitadores, obstaculizadores y de contexto que han influido en este proceso.

DESCRIPCIÓN:

En la tarea de transformarnos en un centro de salud familiar (2007) fue necesario avanzar en el cumplimiento de tres etapas que dan cuenta del nivel de desarrollo alcanzado en el cambio de modelo:

- a) Motivación y compromiso
- b) Desarrollo
- c) Fortalecimiento.

Es en la primera de ellas donde aparece la formación de una nueva estructura llamada Equipo Gestor, que es el encargado de asumir la conducción del proceso de transformación. La primera decisión fue la implementar un libro de actas que se ha mantenido vigente desde agosto del año 2007 hasta hoy día (agosto 2012), dando cuenta de un total de 83 actas durante este periodo.

La metodología utilizada consistió en reconstruir la historia intentando dar respuesta a las siguientes preguntas:

- ¿Con qué frecuencia se reunían?
- ¿Quiénes formaban parte del equipo gestor?,
- En relación a los acuerdos ¿Estos eran respetados?
- ¿Cuáles eran los temas prioritarios y cuales aparecen invisibilizados?,

- ¿Cuáles fueron los principales hitos en los años considerados en esta experiencia?
- ¿Cómo ha sido el proceso de acompañamiento del equipo del servicio de salud?
- ¿Cómo hemos venido utilizando este instrumento y cómo podríamos potenciar su utilización?

En relación a la frecuencia de reuniones, éstas comenzaron siendo una vez al mes el año 2007 incrementándose en los años posteriores, a excepción del año 2009 (solo 3 veces en el año). Esto podría explicarse porque este año se produjo un cambio en la administración municipal, generando un periodo de reestructuración en el equipo.

Es importante reflexionar

¿Cómo influye el contexto político en que se mueve la administración municipal y por ende las direcciones de los establecimientos de salud municipal en la permanencia de los equipos gestores y en la continuidad o retroceso de los procesos?

Respecto de los integrantes del equipo gestor, la conformación de los equipos está dada mayormente por profesionales de la categoría B (enfermeras, asistentes sociales, matronas, psicólogos, nutricionistas, tecnólogos médicos). En el año 2010 se incorporan profesionales odontólogos (en la dirección del establecimiento y la coordinación del equipo gestor).

A ellas se suman sociólogos y educadoras de párvulos, que han aportado con su compromiso y experticia en parte de este periodo. Cabe preguntarse ¿Qué rol juega la rotación de profesionales en los sectores rurales con la continuidad del trabajo comenzado?

Sobre el cumplimiento de los acuerdos, en general los relatos de las actas tienen la siguiente estructura: Lista de asistencia; Lectura del acta anterior; Desarrollo de la reunión; Acuerdos o temas pendientes, responsables. En la mayoría de los casos se registra el incumplimiento del acuerdo asociado esto siempre con un responsable, pero no se registra el reconocimiento al cumplimiento (refuerzo positivo). En la construcción del relato del acta, cada coordinador deja una impronta: al asumir el liderazgo del proceso imponen su ritmo de trabajo, sus exigencias, y las características del registro. Se incorpora la tecnología al servicio del relato (presentaciones en power point, fotografías, correos electrónicos.). Llama la atención que no se visibiliza el rol que cumple la secretaria de dirección en el buen desempeño de los equipos, por lo que surge la inquietud de incorporarla como un actor estratégico especialmente en lo referente al resguardo de la información.

En cuanto al rol del servicio de salud proceso de acompañamiento, en un principio del proceso la contraparte del servicio era solo una funcionaria, lo cual para el equipo local significaba falta de involucramiento de los niveles directivos, sumado a una visión parcializada y contradictoria de los temas de la atención primaria: promocionando los equipos de cabecera y simultáneamente fortaleciendo y financiando programas de salud atomizados, sin una visión integral y eminentemente biomédicos. Una señal importante desde la dirección del Servicio ha sido quien lidera el proceso de transformación del modelo, es también quien lidera la estrategia de atención primaria, con decisiones técnicas y financieras que permiten el abordaje integral del proceso y con equipos directivos técnicos fortalecidos, conocedores y comprometidos con el Modelo.

Respecto de los temas prioritarios y los invisibilizados, se observa que en el 2007 la totalidad de las reuniones eran de índole administrativo (falta de insumos, problema de los vehículos, coordinación de rondas, etc.) Porcentaje que ha disminuido gradualmente al irse posicionando como eje central de las reuniones los temas del modelo. Incluso en el acta del 18 de enero del año 2010 se registra “el equipo coincide en que las reuniones deben basarse únicamente en el ámbito de la salud familiar y que los demás temas deben tratarse en

reuniones de jefes directos y/o reuniones generales”. A continuación, temas prioritarios abordados por año:

Año 2007:

- a) Conformación equipo gestor. Primera sectorización: Se basa en la capacidad del equipo (oferta) para formar los equipos de cabecera, fracasa este intento porque no se respetaron los límites territoriales ni organizacionales de los sectores.
- b) Construcción de la VISION y MISION del “consultorio”.

Año 2008:

- a) Evaluación y Reformulación de la Sectorización: Se basa en las características territoriales del sector validando y reconociendo el trabajo ya avanzado de las postas de salud rural en temas del modelo: conocimiento de su población, trabajo con carpetas familiares, trabajo y coordinación con la comunidad.
- b) Se conforman los equipos de cabecera de los tres sectores.
- c) Comienza la sectorización del SOME. (Aplicación del tarjetón familiar a la población a cargo y transformación de fichas individuales a carpetas familiares).
- d) Elaboración de diagnósticos participativos.
- e) Se constituye el equipo transversal que agrupa todos los servicios de apoyo.
- f) Se posiciona la propuesta de salud intercultural: Trabajo con la coñilchebe (partera), con los nütamchebe (componedores) y con los lawentuchebe (conocedor de las hierbas medicinales).
- g) Certificación del consultorio como CESFAM. (diciembre del 2008).

Año 2009:

Se constituye nuevo Equipo Gestor y se trabaja en la restructuración del nuevo equipo de trabajo.

Año 2011:

- a) Implementación de los estudios de familia en los tres sectores.
- b) Se inicia la clasificación de riesgos de las familias.
- c) Comienza la construcción de los mapas epidemiológicos.
- d) Diseño del sistema de selección de la demanda.
- e) Se trabaja en la confección de las funciones de los integrantes del equipo de cabecera.
- f) Mesa de derivación a Machi.
- g) Elaboración de la cartera de servicios.
- h) Primeras jornadas de buenas prácticas.

Año 2012:

- a) Se conforma un Equipo Auditor como iniciativa de un grupo de diplomados, con el objetivo de auditar la calidad en la aplicación de instrumentos de registro, tarjetones familiares y hoy se están auditando las tarjetas de control prenatal y el tarjetero de niño sano.
- b) Conformación del comité paritario.
- c) Elaboración de los diagnósticos comunitarios de salud de los cuales se desprende la orientación del trabajo de los sectores para los próximos 4 años. Es el principal insumo para la elaboración del PLAN DE SALUD COMUNAL.
- d) Reconstrucción de la historia mediante el análisis del libro de actas del equipo gestor (2007-2012).

Reflexiones finales:

El libro de actas, nos permitió reconstruir el proceso histórico principalmente en el ámbito cuantitativo. Sin embargo, al avanzar en el proceso de análisis nos surgió la necesidad de acudir a otras fuentes de información (libros de actas de cada sector, archivadores con documentación oficial que da cuenta de la evidencia del cumplimiento en cada etapa de desarrollo para una comprensión más acabada del proceso.

Nos parece importante la constatación de que no hay registro del proceso vivido por el equipo en el ámbito de las emociones, sensaciones, reconocimiento, retroalimentación, lo que aparece como un desafío a tener en cuenta en el futuro, como también la necesidad de protocolizar la forma de relatar el proceso vivido en las reuniones del equipo gestor, por lo que pensamos que en el futuro podríamos hablar más que de un “libro de acta”, de “bitácora o diario de vida” del equipo.

Finalmente, consideramos que fortalece a los equipos el ejercicio de intentar sistematizar sus procesos, su caminar, reconocer sus logros y aprendizajes, reconocer y enfrentar sus debilidades y obstáculos. RECONSTRUIR LA HISTORIA NOS HIZO CRECER. Por esta razón la recomendamos como BUENA PRÁCTICA.

III. PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

La planificación y programación es un proceso que permite orientar el trabajo de los equipos de salud en función de las prioridades nacionales fijadas, a partir de los objetivos sanitarios y de la priorización de problemas resultante del diagnóstico participativo de salud local.

3.1. Planificación y programación en red

La planificación y programación en red es un proceso que permite que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados terminales, a través de los diferentes niveles de atención del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida. Es un proceso que debe ser liderado por el gestor de red para enfrentar de manera coordinada y resolutive las necesidades detectadas en el diagnóstico de salud local.

La importancia de Programar en Red, se debe fundamentalmente a tres aspectos: los problemas y necesidades de la población son ilimitadas y los recursos escasos, los problemas de salud prevalentes van cambiando en el tiempo y por último, las acciones de salud son, por naturaleza, complejas¹⁰.

El estudio de Kerr White y colaboradores, plantea que, de un total de 1000 personas estudiadas en un periodo dado, 750 se sintieron enfermos, de estos, 250 consultaron a médico, 9 ingresaron al hospital, 5 requirieron evaluación por especialista y solo una necesito ingresar a un hospital de mayor complejidad¹¹. Estos hallazgos, se refuerzan con los estudios de Bárbara Starfield que evidencian que los países que han fortalecido la atención primaria tienen mejores resultados sanitarios, con menores costos y mayor equidad en salud¹².

Consistentemente con esta evidencia, la Reforma Sanitaria chilena ratifica a la Atención Primaria; como eje del Sistema de Salud, que interactúa fuertemente con la comunidad y con otros sectores, siendo la principal puerta de entrada hacia la Red Asistencial; como espacio de cuidado continuo, maneja y resuelve un alto porcentaje de la demanda y origina el proceso de referencia y contrarreferencia hacia las especialidades médicas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos- terapéuticos y la hospitalización.

Para la elaboración de la programación en red, es necesario considerar, el ordenamiento previo de los componentes de la Red, a través de la aplicación de un proceso de diseño y/o

¹⁰ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. [2021]. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red

¹¹ White K., Williams F., Greenberg B. [1961]. The Ecology of Medical Care The New England Journal of Medicine, 2: 265:885-892.

¹² Starfield, B. (1994) Is primary care essential? Lancet, 22(344):1129-1133.

Módulo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Aspectos Centrales en la Gestión del Modelo de Atención Integral de Salud

rediseño de la Red de los Servicios de Salud, en donde la oferta de prestaciones, debe considerar el proceso completo de resolución de un problema de salud, resguardando la continuidad de atención que se materializa en el acceso a controles posteriores a la primera consulta, realización de exámenes y/o procedimientos y derivaciones.

Se recomienda revisar “Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud: Planificación, Implementación y Evaluación. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales, octubre 2010.

Plazos:

En el marco de la programación en red, cobra especial relevancia el Plan de Salud Comunal, que al momento de programar, considera plazos relevantes los cuales están establecidos en la Ley 19.378 y que se resumen a continuación.

Actividades / Año 2012	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
a) MINSAL comunica orientaciones	10			
b) Entidad administradora fija dotación	30			
c) Entidad administradora remite dotación a Servicio de Salud		10		
d) Servicio de Salud realiza observaciones a la dotación		10		
e) Servicio de Salud acuerda dotación definitiva		10(*)		
f) Alcalde remitirá el Programa Anual de Salud Comunal que a su vez estará contenido en el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) y la fijación de la dotación con la aprobación del concejo municipal al Servicio de Salud			30	
g) Servicio de Salud entrega observaciones al Alcalde, con respecto al programa municipal en caso de no ajustarse a las normas técnicas del Ministerio de Salud (10 días hábiles contados desde su recepción).			30	10(*)
h) Entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre				30

(*): Contados desde la recepción

Tiempos necesarios para programar

Asimismo, conforme se señala en las orientaciones para la planificación y programación en red, resulta relevante incorporar los tiempos necesarios al momento de programar para¹³:

- Reuniones de equipo sobre el estado de desarrollo y generar estrategias de avance en cuanto Modelo, entre otras.
- Reuniones clínicas de los Equipos de Cabecera para analizar casos de familia.
- Reuniones de consejos técnicos.
- Reuniones clínicas de la red en la cual se encuentra inserto el establecimiento.
- Capacitaciones del equipo.
- Actividades con la comunidad durante todo el ciclo del proceso de planificación local participativa y en la implementación de estrategias de participación social y ejercicio de derechos.

Para profundizar en el plan de salud comunal le sugerimos la lectura de las orientaciones para la planificación y programación en red.

3.2. Planificación y programación sectorizada

La planificación del Centro de Salud es una actividad fundamental para la programación y ejecución del trabajo de los equipos y exigible en el proceso de Certificación de Centros de Salud Familiar vigente.

La metodología propuesta para llevarla a cabo es la planificación estratégica, la cual suministra los lineamientos y límites para la planificación operativa y programática, en donde los tres tipos de planificación se entrelazan. Una administración efectiva debe tener una estrategia y operar en el nivel cotidiano.

Tipos de planificación

TIPO DE PLANIFICACIÓN	¿PARA QUÉ TE SIRVE?	¿QUÉ SE OBTIENE?
Estratégica	Exige a la organización precisar lo que quiere ser y hacer	Visión, misión, análisis, FODA y objetivos estratégicos
Programática	Establecer las tácticas de cómo se obtendrán los objetivos estratégicos	Estratégicas, tácticas, resultados e indicadores de impacto
Operativa	Establece las actividades que se deben alcanzar en el corto plazo	Actividades, tareas, responsables, costos, metas y cronograma

¹³ Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red

3.3. Planificación Estratégica

La **planificación estratégica**, debe realizarse a nivel de Servicio de Salud, comunas y establecimientos. Los elementos centrales a considerar para que cumpla con los criterios mínimos de su definición se reseñan a continuación:

Elementos Centrales

Visión

Preguntas claves: ¿Cómo queremos que nos reconozcan?

A la visión le atañe el futuro, los valores y fundamentos de la acción que se desean para el establecimiento. Es a largo plazo, 10 a 15 años.

¿Cómo se redacta la Visión? debe ser planteada en forma positiva pero real. La visión puede tener más amplitud que la misión, conteniendo aspectos que permitan a la población beneficiaria identificar lo que pueden esperar del establecimiento. No es conveniente reiterar funciones de la misión, ni tampoco incluir mejoras en la infraestructura.

Elementos que no deben faltar:

- Los valores del establecimiento
- La percepción que quiere el establecimiento para su futuro.
- Establecer los deseos del establecimiento, haciéndolos propios dentro de la organización.
- Cerrar el círculo comunicacional que enmarca la visión y los valores que se quiere entregar a la población beneficiaria.

Misión

Preguntas claves: ¿Quiénes somos?, ¿Qué hacemos?, ¿Para quiénes?

La misión es una representación del “deber ser” del establecimiento, define su “quehacer”, los bienes, servicios y funciones principales que entrega y que la distinguen. Es a mediano plazo 5 a 6 años.

Una buena elaboración de la Misión debe poseer al menos:

- Propósito del establecimiento
- Servicios que entrega
- Identificación de la población beneficiaria
- Efecto a lograr en la población beneficiaria

No son elementos constituyentes en una misión los productos intermedios, los beneficiarios internos del establecimiento y los mejoramientos de infraestructura.

Análisis de Escenario (interno/ externo)

Diagnóstico y análisis situacional, identificación de actores relevantes, tipificación de aliados y oponentes e identificación de recursos críticos. Una herramienta muy utilizada es el análisis FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas).

		ANÁLISIS EXTERNO	
		Oportunidades	Amenazas
		1. ... 2. ... 3. ...	1. ... 2. ... 3. ...
ANÁLISIS INTERNO	Fortalezas	Estrategias Ofensivas POTENCIALIDADES	Estrategias Defensivas DESAFIOS
	Debilidades	Estrategias Adaptativas RIESGO	Estrategias de supervivencia LIMITACIONES
		1. ... 2. ... 3. ...	

Objetivos estratégicos

Preguntas claves: ¿Para dónde vamos? ¿Qué resultados queremos lograr?

Aluden a los cambios, modificaciones o efectos que se espera lograr en el mediano o largo plazo. Para su construcción, se vinculan las fortalezas del sector interno con las oportunidades y amenazas del sector externo.

Los objetivos estratégicos son la herramienta principal para las acciones que se propongan en un plazo determinado, en general, para un periodo de 2 a 3 años. Deben tener una relación estrecha con la misión y definir resultados exactos en un período de tiempo.

¿Cómo se redactan los objetivos estratégicos?

- Se debe señalar el logro o transformación que se espera implementar, ejemplo: mejorar la garantía de seguridad y trato al usuario.
- Excluir en la redacción terminología asociada a palabras como “Contribuir”, “Fomentar”, “Procurar”.
- Tener respuesta a problemas relacionados con el cumplimiento de la misión y a las expectativas que ponen los usuarios en la aplicación de los programas a ejecutar.

3.4. Planificación Programática

A partir de estos elementos se puede definir la Planificación Programática que se elabora a través de estrategias que facilitan alcanzar las metas que el establecimiento adopta y proporciona los fundamentos para la correcta toma de decisiones. Para la consecución de los objetivos propuestos, se debe conocer el nivel de desempeño (metas) y de qué forma se van a medir (indicadores). Una vez establecidas las metas y los indicadores, se establecen los cursos de acción para alcanzar los resultados que se esperan. El conjunto de acciones que el establecimiento define para alcanzar los resultados, permite dinamizar el cierre de brechas que existen desde la situación Actual a la situación deseada.

Preguntas claves: ¿Cómo logramos los objetivos y resultados esperados?

A continuación, se muestra un ejemplo que aborda el problema de la obesidad en las distintas etapas del curso de vida en una población determinada.

Niveles prevención Ciclo vital	PREVENCION PRIMORDIAL (Promoción)	PREVENCION PRIMARIA (Detección)	PREVENCION SECUNDARIA (Diagnóstico y Tratamiento)	PREVENCION TERCIARIA (Rehabilitación)
GESTANTE N° total N° obesas	Educación sobre alimentación y estilos de vida saludable, en control prenatal (*)	Control maternal, medición, derivación oportuna (*)	Derivación a Control Nutricional en caso de obesidad (*)	Derivación a otro nivel de atención y/o al intersector(*)
INFANTIL N° total N° obesos	Educación sobre alimentación y estilos de vida saludable, en jardines y colegios (*)	Control de salud infantil, medición periódica, derivación oportuna (*)	Ingreso a control nutricional, trabajo con intersector para cambio de hábitos: alimentación y actividad físico (*)	Derivación a otro nivel de atención y/o al intersector (*)
ADOLESCENTE N° total N° obesos	Educación sobre alimentación y estilos de vida saludable, en colegios. Kiosco saludable (*)	Control de salud del adolescente, derivación oportuna (*)	Control de salud del adolescente, derivación oportuna (*)	Derivación a otro nivel de atención y/o al intersector (*)
ADULTO N° total N° obesos	Educación sobre alimentación y estilos de vida saludable, intersector: trabajo, juntas de vecinos, clubes deportivos (*)	Control de salud del adulto, derivación y exámenes periódicos (*)	Ingreso a control nutricional, derivación a programa cardiovascular si corresponde.	Derivación a otro nivel de atención y/o al intersector(*)

Módulo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Aspectos Centrales en la Gestión del Modelo de Atención Integral de Salud

			Trabajo con familia y puesto de trabajo (*)	
ADULTO MAYOR N° total N° obesos	Educación sobre alimentación y estilos de vida saludable, intersector: juntas de vecinos, clubes adulto mayor (*)	Control de salud del adulto mayor, derivación y exámenes periódicos (*)	Ingreso a control nutricional, derivación a programa cardiovascular si corresponde. Trabajo con familia y puesto de trabajo (*)	Derivación a otro nivel de atención y/o al intersector(*)

(*) En cada una de las casillas se sugiere cuantificar el total de personas posibles de abordar¹⁴

Una vez definidas las estrategias a utilizar para abordar los objetivos estratégicos planteados, se realiza la **Planificación Operativa**, la cual se compone de todos los planes de acción que sean necesarios para cumplir las estrategias planteadas en la Planificación Programática. Debe incluir tareas, metas, indicadores, recursos, plazos y responsables.

A partir de esta planificación se origina la Programación de Actividades que se realiza en los Centros de Salud, con un plazo de ejecución habitualmente breve (anual).

3.5. Programación Operativa

Una vez definidas las estrategias a utilizar para abordar los objetivos estratégicos planteados, se realiza la **Programación Operativa**, la cual se compone de todos los planes de acción que sean necesarios para cumplir las estrategias planteadas en la Planificación. Debe incluir tareas, metas, indicadores, recursos, plazos y responsables.

A partir de esta planificación se origina la Programación de Actividades que se realiza en los Centros de Salud, con un plazo de ejecución anual.

Figura. Formato Programación de actividades

Misión			
Objetivos estratégicos			
Estrategias			
Pasos a seguir	Responsable	Plazos	Recursos necesarios

Mencionar, además, que desde el año 2019, las Orientaciones para la Planificación y Programación en Red incorporan la multimorbilidad crónica para dar respuesta a las

¹⁴ Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales [2012]. Orientaciones para la Planificación y Programación en Red.

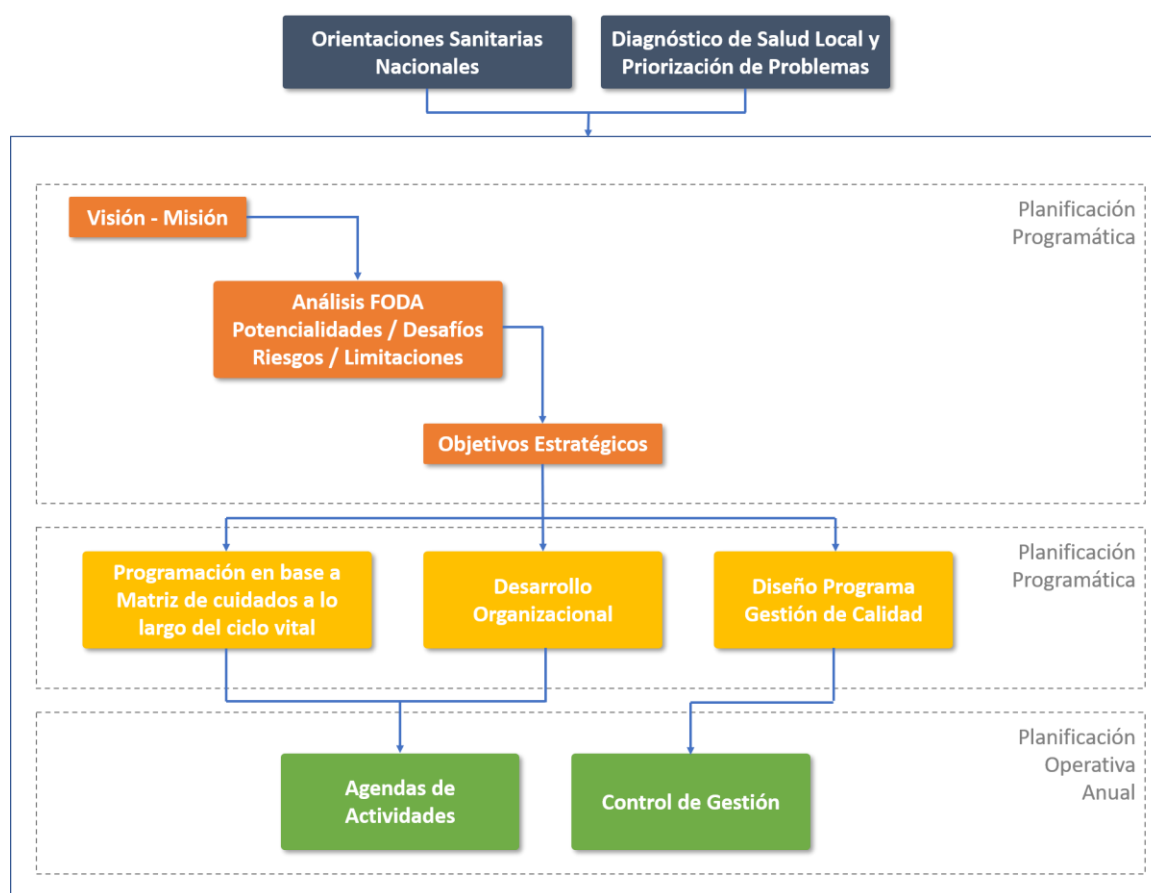
necesidades que tiene la población. Para la programación de multimorbilidad se debe considerar **la estratificación de riesgo de la persona** en la oferta de prestaciones que se le otorguen (ingreso integral, control integral, plan de cuidado, seguimiento).

En Orientaciones para la Planificación y Programación en Red vigente, revisar los coeficientes técnicos de programación del cuidado integral centrado en la persona.

Síntesis

A modo de síntesis de este acápite, la figura siguiente resume por tipo de planificación los elementos relevantes.

Figura. Elementos relevantes según tipo de planificación



IV. GESTIÓN CLÍNICA

La gestión clínica como estrategia de la eficiencia, de la efectividad y de la calidad de los resultados del trabajo diario en los centros de salud, resulta relevante en la implementación y desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud, modelo que promueve la reorientación de los servicios de salud hacia la calidad. Es difícil entender la gestión clínica como una responsabilidad exclusiva de los profesionales, es necesaria una implicación tangible de la Dirección como facilitadora (de información, tiempo y recursos) y garantizadora de los derechos de ciudadanos y profesionales.

4.1. Definición de Gestión Clínica

Se define como “todas las actuaciones conscientes de mejora que emprende un equipo clínico sobre el conjunto de procesos implicados en las decisiones que se producen al relacionarse con sus pacientes¹⁵”.

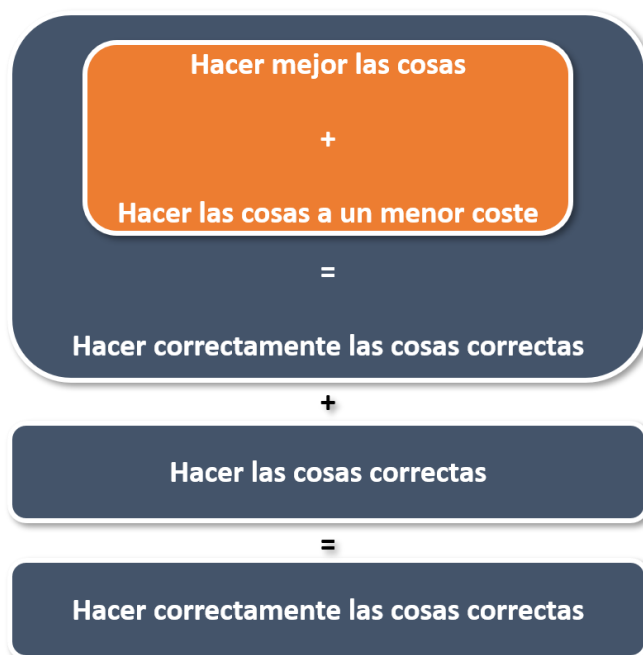
Es el uso del conocimiento clínico, desde la perspectiva global del centro de salud, para optimizar el proceso asistencial, para proporcionar el servicio requerido y para gestionar el tiempo asistencial, tanto de la persona, familia, comunidad; es la magnitud ética y clínica de la eficiencia¹⁶.

En síntesis, es la principal herramienta de la gestión sanitaria para mejorar continuamente la **calidad del cuidado** de los usuarios, desarrollar la capacidad de mantener **altos estándares de desempeño y de seguridad en la atención**.

Desde el punto de vista asistencial, el enfoque de gestión clínica recogido en este acápite, está orientado a ayudar, a los equipos de salud, a recorrer el camino que, esquematiza la propuesta “de hacer” gestión clínica.

¹⁵ Servicio Andaluz de Salud. 2000. Haciendo Gestión Clínica en Atención Primaria, Plan estratégico. Sevilla: 6.

¹⁶ Cosialls, D. 2000. Gestión Clínica. Rev. Administración Sanitaria Volumen IV. Número 16. Octubre/Diciembre 2000: 125.



Gestión Clínica para el desarrollo de:

1. **Los profesionales:** Coloca el liderazgo de la toma de decisiones clínicas del profesional, con el máximo respeto hacia las necesidades y preferencias de las personas.

Hacer Gestión Clínica, permite integrar la tarea asistencial con la docente e investigadora, desde el momento que es una herramienta capaz de concretar la selección, implementación y evaluación de intervenciones con apoyo de algoritmos y protocolos clínicos basados en la evidencia; y, de comparar los resultados de intervenciones específicas sobre amplios grupos de población y en contextos organizativos similares y/o diferentes. Permite explotar simultáneamente el proceso de decisión clínica en la triple vertiente: asistencial-docente-investigadora.

2. **Los centros de salud;** Permitiendo que conforme su misión, la gestión clínica le permite seguir evolucionando configurándose como una organización de conocimiento y de servicio abierta a la comunidad que incentiva el cambio del rol de los profesionales y directivos que lideran el proceso.
3. **Los usuarios;** Permitiendo que asuman activamente su capacidad de expresión, su capacidad de decisión, con una asistencia más cercana, más informada, oportuna y de calidad.

En la toma de decisiones de cada miembro del equipo de salud es donde realmente se produce la gestión, se ordena el gasto, se genera la calidad y se propicia o no la

satisfacción del usuario. Por lo tanto, gestionar implica¹⁷:

- Tomar decisiones
- Llevar a cabo acciones para traducirlas a la práctica
- Recoger información
- Controlar sus resultados versus los previstos
- Adoptar una nueva decisión si lo obtenido no coincide con lo esperado.

4.2. Factores que posibilitan el éxito de la gestión clínica

- Investigar y mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento del paciente.
- Implicar a los profesionales del centro de salud en la gestión de los recursos.
- Impulsar una nueva forma de trabajo, basada en la gestión de procesos, la autoevaluación y la mejora continua de los mismos.
- Analizar y optimizar los procesos de atención a los usuarios.
- Dotarse de la funcionalidad de control de gestión adecuada, con un responsable en quien se ha delegado un determinado nivel de decisión sobre los recursos para el logro de los objetivos: infraestructura, tecnología, insumos, fármacos, profesionales.
- Incorporar la participación de todo el equipo de salud, de acuerdo al rol de cada uno de ellos, su formación, su competencia y sus intereses.

4.2.1. Herramientas de la gestión clínica

Medicina basada en la evidencia Epidemiología Clínica.

Guías de práctica clínica, protocolos y flujogramas de procesos clínicos. sistemas de información para la gestión integral de la actividad asistencial, para la evaluación y mejora de la calidad.

Autoevaluación, medir y mejorar la práctica asistencial. Rediseño y gestión de procesos. Identificación de procesos clave, establecimiento de Objetivos Estratégicos para el proceso, nombramiento del gestor y formación del grupo de trabajo, análisis del proceso, propuesta de mejora, diseño de los sistemas de información, evaluación y monitorización.

Auditorías clínicas.

Notificación oportuna de eventos adversos Reuniones de análisis de casos.

¹⁷ Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar, Departamento de Atención, Primaria y Salud Familiar, Universidad de Chile. Capacitación en introducción a la gestión clínica. Enero 2010

4.2.2. Principales pasos a seguir en la Gestión Clínica

1. Lo primero en la gestión clínica es la identificación de sus usuarios (externos-internos), conocer cuál es el servicio esperado por las personas, familias y comunidad del centro de salud.
2. Identificar el problema o brecha que se quiere gestionar
3. Reconocer la cartera de servicios del Centro y procesos asociados (productos finales e intermedios, protocolos)
4. Identificar los recursos disponibles (humanos, tecnológicos, insumos, infraestructura)
5. Determinar el nivel de actividad actual
6. Estimar producción potencial
7. Definir y explicitar la cartera de servicios y nivel de producción acorde con las necesidades de los usuarios y recursos disponibles. Es decir, necesidad, expectativa, información y tiempo.
8. Evaluar los procesos e implementar el mejoramiento continuo de los mismos.
9. Seguimiento y evaluación de los procesos
10. Definir y evaluar Indicadores centinelas
11. Auditorías de procesos
12. Seguimiento de casos
13. Cuenta de resultados obtenidos medidos en oportunidad, puntualidad, empatía, cortesía, sensación de profesionalidad, conocimiento, habilidades, confianza y seguridad.
14. Costos unitarios
15. Encuestas de satisfacción usuaria

Síntesis

La gestión clínica permite avanzar en la calidad de los servicios otorgados por el centro de salud con:



4.2.3. Definición de calidad

Se puede afirmar que el concepto de calidad es complejo y que por ello no existe una definición universalmente aceptada, ya que la misma representa un concepto multifacético y subjetivo que debe ser definido en cada caso en particular en términos de: “calidad para quién, definida por quién, para qué y qué aspecto de la calidad¹⁸” de manera de hacer operativo el concepto.

Desde un punto de vista técnico la calidad puede tener dos significados¹⁹:

- Las características de un producto o servicio, basado en su capacidad para satisfacer las necesidades expresadas o implícitas.
- Un producto o servicio sin deficiencias.

Motivaciones para explicitar la calidad de la atención

Existen diferentes motivos que implican a los equipos de salud en asegurar y mejorar la calidad de las prestaciones y que se analizan a continuación:

Aspectos éticos:

Aunque los aspectos éticos de la calidad fueron abordados con más detalle en el capítulo I, punto 5, cabe reseñar que todas las profesiones sanitarias se fundamentan en actuar de forma adecuada para satisfacer las necesidades de cada individuo al que atiende. Por lo tanto, es preciso analizar cuánto ha sido, en términos reales, el beneficio alcanzado para cada grupo de individuos asistidos.

Por otra parte, el sucesivo desarrollo y empleo de nuevas tecnologías obliga a conocer el riesgo sobreañadido que esto supone a un proceso patológico y al que se ven sometidos los pacientes, donde los procesos diagnósticos, terapéuticos son de gran complejidad. El personal sanitario tiene que valorar dicho riesgo, actuar para MINIMIZARLO, prevenir errores y/o complicaciones que serán precisos analizar.

Garantizar la atención oportuna, en tiempo real y a toda la población que lo precise, también se fundamenta en la actitud ética que debe regir la actividad profesional, ofreciendo al usuario la posibilidad de recibir la información que precise, en un lenguaje comprensible para que pueda participar activamente en la recuperación óptima de su salud.

¹⁸ Vourí, H.V. El Control de Calidad en los Servicios Sanitarios. Masson S.A. y SG Editores S.A., Barcelona.1988.

¹⁹ American Society for Quality. 2000.

Aspectos legales: marco legal de la calidad

El marco legal y normativo de la calidad se fundamenta principalmente en la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión (2004), que define que el Ministerio de Salud debe establecer estándares, definir sistemas de acreditación, certificación de especialidades y protocolos de atención, que garanticen la calidad y seguridad de la atención de salud:

“Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado. Deberá fijar estándares respecto de condiciones sanitarias, seguridad de instalaciones y equipos, aplicación de técnicas y tecnologías, cumplimiento de protocolos de atención, competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones” (Artículo 4º, letra 11).

“Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo al tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones” (Artículo 4º, letra 12).

“Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud” (Artículo 4º, letra 13).

“Establecer, mediante resolución, protocolos de atención en salud. Para estos efectos, se entiende por protocolos de atención en salud las instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados. Estos serán de carácter referencial, y sólo serán obligatorios, para el sector público y privado, en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite, lo que deberá constar en una resolución del Ministerio de Salud” (Artículo 4º, letra 14).

Asimismo, en la Ley 19.966 de Garantías Explicitas en Salud, se establece la “Calidad” como cuarta garantía, la cual se entiende otorgada cuando el prestador está acreditado.

Eficiencia:

Finalmente, el entorno de limitaciones presupuestarias imperantes en todo el mundo, obliga a una reflexión sobre la necesidad de garantizar el empleo adecuado de esos recursos disponibles. Por tanto, al hablar de eficiencia en el empleo de los recursos, se hace referencia a poder ofrecer la mayor cantidad posible de servicios de alta calidad, al menor costo posible. Los servicios inadecuadamente prestados, por innecesarios o por sobreutilización, además de ser una actuación injustificada y poco solidaria para con el resto de la población, son ineficaces y contribuyen a aumentar el riesgo en los pacientes²⁰.

4.2.4. Dimensiones de la Calidad

Una vez analizado los diferentes conceptos que sobre calidad existen en la literatura científica, el lector deducirá que la calidad no es un concepto único, sino que se configura a partir de un conjunto de dimensiones según el aspecto que se aborde en relación a la calidad de un servicio concreto. Las dimensiones de la calidad son las que permiten operacionalizar el concepto y medir la Calidad.

Dimensiones de la calidad

DIMENSIONES	DEFINICIÓN
Calidad científico-técnica o competencia profesional	Hace referencia a la capacidad de los proveedores de utilizar el más avanzado nivel de conocimientos existente para abordar los problemas de salud.
Eficacia	La probabilidad de beneficio que pueda proporcionar a los individuos la aplicación de determinada tecnología en condiciones ideales de uso.
Efectividad	La probabilidad de beneficio de una determinada tecnología en condiciones de uso normales, es decir, la medida en la que una determinada práctica sanitaria mejora el estado de salud de la población concreta que la recibe.
Eficiencia	Es el máximo de efectividad al mínimo coste. Se asume que a mayor eficiencia mayor calidad.
Accesibilidad	La facilidad con que la atención sanitaria puede obtenerse en relación con los aspectos (barreras) organizacionales, económicos y culturales. En todo caso es importante saber si llega a quién la necesita y cuando la necesita. Un indicador importante en relación a la accesibilidad es la cobertura; crónicos, vacunación, etc.
Satisfacción	Se define como la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultantes cumplen con las expectativas del usuario. Se trata de tener en cuenta la manera en que la atención es percibida por el usuario y sus reacciones como consecuencia de ello. Entre los subcomponentes que tiene la satisfacción debemos referirnos como mínimo a tres cuestiones:

²⁰ Rodríguez, M., García, E., Fernández, J. <https://ocw.uca.es/course/view.php?id=28>

- Aspectos organizativos: tiempo de espera, ambiente físico, etc.
- Efecto de la atención sobre el estado de salud.
- Trato recibido: empatía, información veraz, en términos comprensibles, etc.

Reflexión

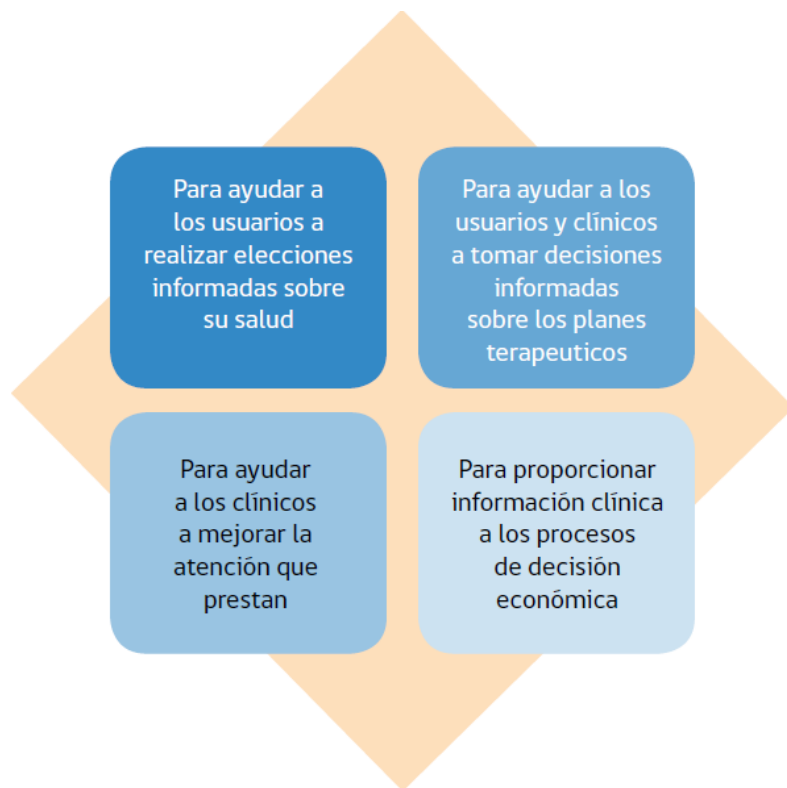
¿Cuáles dimensiones de la calidad están menos desarrolladas en mi centro de salud y como potenciarlas?

4.2.5. ¿Por qué es importante medir la calidad?

Se han establecido cuatro principales razones por las que resulta conveniente medir la calidad, las cuales son señaladas en la gráfica siguiente.

Es aconsejable que aquellos profesionales de la salud que vayan a comenzar en el mundo de la calidad, lo hagan teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- Medir cosas concretas.
- Medir cosas importantes, de mucha repercusión.
- Tener presente que se está midiendo una parte de la calidad.



4.2.6. ¿Cómo medir la calidad?

En general, cuando se intenta definir la calidad de atención, se hace referencia a la capacidad de los servicios de dar respuestas aptas, adecuadas, oportunas y en correspondencia con las expectativas, las necesidades y las demandas de salud. Esta definición que podría considerarse de carácter normativo, ofrece pocos elementos operativos e el momento de concretar su evaluación. Difícilmente existirá una propuesta única de como medir la calidad por tratarse de un concepto que está en función, por una parte, de valores de la sociedad en su conjunto y por otra de las expectativas de los diferentes actores del proceso de atención (personal de salud, usuarios, administradores y empresarios).

Avedis Donabedian, señala los siguientes tres ámbitos en la medición de la calidad:



Calidad Estructural: Características del sistema de salud, atributos de los lugares donde se entregan los servicios de salud, recursos, organización, etc.

Calidad del Proceso: Actividades que desempeñan los profesionales, dice relación con el que y como se entregan los servicios a las personas.

Calidad de los Resultados: Salud de los pacientes, dice relación con los efectos sobre la salud y calidad de vida de las personas.

Asimismo establece una relación, de forma que una buena estructura aumenta las posibilidades de un buen proceso y el buen proceso aumenta las posibilidades de buenos resultados. La calidad, por lo tanto, se construye sobre el cuerpo de conocimientos sobre relaciones entre estructuras, proceso y resultado.

4.2.7. Herramientas para la Medición

Criterios: Este concepto hace referencia a aquellos aspectos concretos y relevantes que representan si el servicio cumple su contenido, es decir, si es “apto para el uso”, satisfaciendo las necesidades y expectativas de los usuarios para quienes está pensado. La ausencia o presencia de estos aspectos (criterios) la haremos equivalente a presencia o ausencia de calidad. Para cada servicio que vayamos a evaluar, podemos identificar un número más o menos extenso de criterios de calidad agrupables en cada una de las dimensiones vistas.

Estándar: Una vez medido el nivel de presencia o ausencia de los criterios de calidad, tendremos que valorar si el nivel de cumplimiento encontrado es satisfactorio o no idealmente, todos los criterios de calidad deberían de estar presentes en el 100% de los casos evaluados, pero la realidad es que lo normal es establecer unos determinados niveles de cumplimientos de los criterios, que utilizaremos como referentes para separar calidad aceptable o buena, de calidad inaceptable o mala. A este determinado nivel de cumplimiento se le llama estándar.

Indicador: Es un criterio específico que actúa como señal de alarma que nos ayuda a detectar posibles problemas de calidad en la atención cuando monitorizamos. El nivel de cumplimiento del indicador que separa la existencia o no de un problema de calidad suele conocerse como Umbral del indicador, se trata de un concepto paralelo al de estándar en relación a los criterios.

Ejemplo de Aplicación

Módulo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Aspectos Centrales en la Gestión del Modelo de Atención Integral de Salud

A continuación, se presenta un ejemplo de aplicación de dicha pauta en la formulación de un indicador.

Nombre del indicador	% de personas bajo control con diabetes de 15 y más años con Evaluación Anual del Pie, según norma.
Descripción y racionalidad	El pie diabético es la complicación que mayor número de hospitalizaciones motiva en la población que presenta diabetes y corresponde a la primera causa de amputaciones mayores de origen no traumático.
Dominio	Indicador de proceso.
Numerador	N° de personas de 15 y más años bajo control con diabetes con una evaluación de pie vigente (*).
Denominador	N° total de personas con diabetes de 15 y más años bajo control.
Fuente de obtención de datos	Numerador: REM P04, sección C /Denominador: REM P04, sección A.
Muestreo recomendado	Pacientes con diabetes bajo control.
Periodicidad	Semestral.
Umbrales/criterios de análisis e interpretación de los resultados	Óptimo 100% de las personas con diabetes bajo control Umbral 90% personas con diabetes bajo control.
Áreas de aplicación	Toda la gestión del establecimiento que tiene relación directa con la persona con diabetes.
Responsables de medir el indicador	Equipos de sector, referente técnico.
Anexos	No aplica.
Bibliografía	Normativa vigente sobre pie diabético, MINSAL.

* (últimos 12 meses)

Por lo tanto, los sistemas de medición deben aportar una información lo más fiel posible a la realidad de la actividad a efectos de contabilidad, estimación de costes y definición de eficiencia del sistema. Simultáneamente debiera ser capaz de cubrir otras necesidades igualmente legítimas y perentorias, como que cada profesional sea capaz de conocer la realidad cotidiana de su ejercicio desde el punto de vista demográfico, epidemiológico y clínico, lo que le puede permitir reorganizar su actividad de manera que pueda responder a esa realidad y a las necesidades de la población.

La metodología propuesta de medición de la calidad permite evaluar la calidad, utilizando para ello la selección de actividades y/o problemas de salud que puedan ser considerados como "trazadores" para el proceso, y métodos participativos para la selección de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación, en los que interviene el propio personal de la institución,

los usuarios y se refieren no sólo a los resultados de la atención, sino también a la estructura y el proceso. Se compone de diferentes etapas²¹:

Etapas para la Medición de la calidad

Etapas: preparación del proceso evaluativo.

Selección de actividades y/o problemas de salud "trazadores" de la calidad de la atención. Para esta actividad se podrá apoyar en las siguientes fuentes de información:

- **Revisión documental de:** Documentos de análisis de la situación de salud; Actas de reuniones de análisis de programas, consejos de dirección, comités científicos, etcétera; Resultados de inspecciones realizadas a la institución servicio o programa; Registro de planteamientos de la población.
- **Entrevistas a:** Personal relacionado con la conducción de la institución, servicio o programa; Usuarios del servicio o sus representantes; Proveedores directos del servicio.

Definición de las dimensiones de la calidad a evaluar. Esta definición, dependerá de:

- Tipo de institución, servicio o programa a evaluar. Actividades y/o problemas de salud a evaluar.
- Tiempo disponible para la evaluación. Composición y experiencia de los evaluadores.

En general, no se deben evaluar demasiadas dimensiones en un sólo proceso, y su número dependerá de la complejidad de los que se seleccionen y la prioridad que tengan para el objeto de la evaluación.

El incluir las diferentes dimensiones en más de un proceso evaluativo, permite que la mejora de la calidad en el programa que se diseñe, sea paulatina, lo que lo hace más alcanzable.

Selección de las categorías ocupacionales y personal en general a incluir en la evaluación. La calidad de la atención a la salud no sólo involucra al personal técnico y profesional, sino que incluye a todos aquellos que, dentro de la institución, tienen incidencia directa o indirecta en los resultados.

Es por eso que esta selección debe ir precedida de un análisis exhaustivo de:

- Actividad y/o problema de salud que se incluyen en el proceso.
- Dimensiones de la calidad a evaluar.
- Determinación de criterios, indicadores y estándares a utilizar en la evaluación. En

²¹ Leonor Jiménez Cangas, Rosa María Báez Dueñas, Benito Pérez Maza y Iliana Reyes Álvarez. Metodología para la evaluación de la calidad en instituciones de atención primaria de salud. Facultad de Salud Pública Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana.

esta determinación, se debe tener en cuenta:

- Que se consideren criterios de estructura, proceso y resultados.
- Que en su selección, participen representantes del personal incluido en la evaluación, de cualquier categoría o procedencia previamente seleccionada y que cumplan el requisito de tener experiencia en el desempeño de las actividades o la atención a los problemas que se evaluarán.
- Que los estándares que se fijen no sean demasiado altos, sino que se correspondan con cifras alcanzables en condiciones de una calidad aceptable de la atención. El fijar estándares demasiado altos, puede crear sentimientos de frustración en el personal involucrado y puede limitar su compromiso con las medidas correctoras que se dicten.

Selección de métodos evaluativos a utilizar y confección de instrumentos evaluativos. De acuerdo con los criterios seleccionados, se podrá seleccionar el o los métodos evaluativos a utilizar, en los que se puede incluir entre otros:

- Observación.
- Auditoría médica a historias clínicas individuales, familiares o epidemiológicas.
- Encuestas. Entrevistas.

Para la aplicación de cada método evaluativo se confeccionarán los instrumentos correspondientes: guías, cuestionarios, tablas de vaciamiento, entre otras y sensibilización y entrenamiento del personal que participará en el proceso.

Etapas: Ejecución del Proceso Evaluativo

Aplicación de los instrumentos diseñados para evaluar los criterios seleccionados.

Determinación de las desviaciones existentes en relación con los estándares pre-establecidos. Clasificación de las desviaciones en:

- Problemas de competencia y desempeño que pueden modificarse con la capacitación.
- Problemas de organización: tales como, uso de recursos disponibles, establecimiento y ejecución de mecanismos de apoyo, funcionabilidad de la estructura organizativa, comunicación entre dirigentes, trabajadores y comunidad, sistema de reconocimiento y estimulación, problemas de liderazgo y autoridad.
- Determinación de medidas correctoras (programa de mejora continua de la calidad).
- Confección del programa de mejora de la calidad con el criterio del propio personal involucrado en su ejecución, los que tendrán también una participación decisiva en el establecimiento de los plazos para su seguimiento mediante la aplicación de técnicas cualitativas de búsqueda de

consenso.

- Determinación de los plazos para monitorización de la mejora de la calidad, incluidos los indicadores que serán objeto de ella, así como los de las evaluaciones periódicas, y los resultados que se esperan obtener.

Etapas: seguimiento del proceso

Para el seguimiento se utilizarán los mismos instrumentos diseñados para la evaluación inicial, y se realizarán las actividades de monitoreo y evaluación según lo planificado. De no modificarse las desviaciones de la calidad según lo esperado, deberá rediscutirse en colectivo el programa para su reevaluación y adecuación de nuevas medidas correctoras de acuerdo con las necesidades.

Factores de éxito

Por otra parte, parecen existir algunos aspectos generales que favorecen el éxito de los planes de calidad, tales como:

- La visión compartida: equipos que tienen metas claras y conocidas por todos, porque "para quien no sabe adónde va, ningún viento es favorable".
- El compromiso directivo visible en el día a día.
- La gestión por procesos, gestionar procesos no es más que gestionar los espacios en blanco que hay entre las casillas de un organigrama.
- El aprendizaje constante, de los errores y de los aciertos, nuestros y de los demás.
- Integrar la gestión de calidad a la gestión de la organización, dado que la Calidad no puede enfocarse como "algo" independiente. Hay que gestionarla como una función de la dirección de la organización, para lo cual se deben establecer los objetivos, determinar y asignar los recursos, instrumentar el impulso de la consecución de los objetivos y controlar los resultados mediante el seguimiento de indicadores reglamentados y las auditorías internas o externas planificadas (Ejemplo, reuniones de sector, CIRA).
- Garantizar la implicación del personal con una elevada carga de valores y ética en función de la prestación de los servicios de salud como única vía de lograr realmente la excelencia de los servicios, desarrollar y aplicar el método clínico en la práctica diaria.

Módulo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Aspectos Centrales en la Gestión del Modelo de Atención Integral de Salud

A continuación, se presenta formato de sistematización de práctica y un ejemplo ilustrativo.

Prácticas Clínicas²²

Práctica	Forma en que se ejecuta una actividad	
Buena Práctica	Actividad orientada al logro de una mejor calidad en el servicio prestado o la mejoría en el desempeño en un proceso determinado.	
Características	Innovación, permanencia en el tiempo y replicabilidad.	
Pasos a seguir	<ol style="list-style-type: none">1. Identifique un resultado o producto valioso y señale cuál fue la buena práctica que lo originó.2. Identifique los elementos que caracterizaron esa buena práctica desde el punto de vista clínico, organizacional y psicosocial – familiar.3. Describa las condiciones que favorecieron el desarrollo de la buena práctica: actores, recursos movilizados, rol específico del gestor (cualquier profesional del equipo).4. Explicite las recomendaciones o sugerencias para la réplica de la buena práctica en otro lugar.	
Preguntas orientadoras	<ul style="list-style-type: none">• ¿Qué se ha realizado que cumpla con los criterios de una buena práctica en términos de: atención directa de pacientes, gestión comunitaria o social, ¿gestión del conocimiento u otra área relacionada con el quehacer del Centro de Salud?• ¿Cuál fue el problema o área problema específica que se pretendió resolver con esa práctica?• ¿Quiénes estuvieron involucrados en su gestión?• ¿Cuál fue su papel en este tema?	
Elementos de apoyo		
Identificación estándar	Clínico	Condiciones vinculadas al proceso de atención, terapéutica, evaluación de resultados clínicos, entre otros.
	Organizacional	Condiciones vinculadas con la gestión, la disponibilidad de recursos, el trabajo en red, la oportunidad de la respuesta.
	Psicosocial – familiar	Condiciones vinculadas a la familia, los sistemas domésticos y comunitarios de cuidado y autoayuda.
Condicionantes presentes para el logro de los resultados	Actores	Involucrados en el proceso que determinan el éxito.
	Recursos movilizados	Identificación de los recursos humanos, materiales, otros que estuvieron presentes en el logro de la buena práctica.
	Papel del gestor	Caracterización de la participación del profesional gestor.

²² Manual para el alumno del diplomado “Resolutividad en equipo y con perspectiva de red para el Modelo de Salud Familiar”. Capacitación en Introducción a la Gestión Clínica. Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar. Enero 2010.

Módulo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Aspectos Centrales en la Gestión del Modelo de Atención Integral de Salud

Recomendaciones para replicar

Puntos clave que es necesario considerar si esta buena práctica se replica en otro lugar.

Ejemplo: Incorporación de grupo de mujeres Aliwen en la atención de personas con dependencia severa de la comuna de Chol Chol

Identificación estándar	Clínico	Guía de cuidados básicos en casa, elaborada por el grupo con la asesoría de la enfermera responsable de atención al paciente postrado.
	Organizacional	Sistema de coordinación con el equipo de cabecera que incorpora un flujograma decisional.
	Psicosocial – familiar	Rotación programada de cuidadora principal por parte del grupo para que ella se incorpore a un grupo de autoayuda.
Condicionantes presentes para el logro de los resultados	Actores	Grupo de mujeres, Enfermera programa alivio del dolor, Asistente Social, Médico de familia, Psicóloga, Técnico paramédico.
	Recursos movilizados	Transporte, insumos clínicos, impresión de guías, tarjeta de telefonía, sala de reuniones.
	Papel del gestor	Asesoría técnica para el diseño de la guía de cuidados y flujograma decisional, atención directa a pacientes, coordinación para las derivaciones a otros niveles de atención.
Recomendaciones para replicar	<p>Capacidad del equipo para empoderar a un grupo de personas. Credibilidad ante la comunidad.</p> <p>Flexibilidad en el CESFAM para modificar horarios de trabajo.</p> <p>Habilidad de un miembro del equipo para diagramar la guía.</p> <p>Destreza para traducir contenidos técnicos a un lenguaje coloquial por parte del equipo de cabecera.</p> <p>Dirigenta vecinal u otro líder comunitario con el problema en la casa.</p> <p>Buenas relaciones entre el sacerdote y el pastor.</p>	

V. TRABAJO CON LA RED DE SALUD

El centro de salud familiar: puerta de entrada a la red

La reforma de Salud propone una organización en red de los sistemas, en la cual la Atención Primaria, a través de los **Centros de Salud de Familiar**, es el eje de la atención en su interacción con la comunidad, el intersector, y con los otros actores de la red de Salud, centrado en el usuario.

5.1 Definición y organización de la red

Al momento de diseñar el mapa de derivación de un Servicio de Salud, es necesario incorporar a todos los actores relevantes.

Ejemplo; algunos puntos relevantes de identificar

Elemento a Ordenar	Ejemplo de organización de la red en Servicio de Salud Aconcagua
Establecimientos de Alta, Mediana y Baja Complejidad y la manera en que se relacionan.	Los Centros de Atención Primaria de la provincia de los Andes, derivan al Hospital San Juan de Dios de Los Andes y los de la provincia de San Felipe al Hospital San Camilo de San Felipe; para especialidades presentes en uno de Hospitales la derivación abarca a ambas provincias.
Especialidades que se podrán derivar desde APS (gestión de la demanda). Basado en la capacidad resolutoria de APS y la optimización de recursos del nivel de especialidad.	Se define la derivación a las especialidades de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, Psiquiatría, (las cuales derivan de manera secundaria a sus subespecialidades); Otorrinolaringología, Oftalmología, Dermatología, Traumatología, Urología, Neurocirugía, Neurología Infantil y Psiquiatría Infantil, funcionan del mismo modo.
Exámenes y procedimientos de especialidad que se pueden solicitar desde APS (gestión de la Demanda) y los que serán solicitados por la especialidad respectiva.	En el Servicio de Salud Aconcagua se definió utilizando los siguientes criterios: El examen permite continuar el manejo en APS. El examen es electivo. Permite definir conducta terapéutica. Existen recursos disponibles para dar respuesta a la solicitud.
Mecanismo de registro de la derivación de manera universal para todo el Servicio, con plazos y responsables definidos.	La interconsulta emitida se registra en SIGGES y sistema informático local de registro en un plazo de 48 horas y de 5 días para envío por papel.
Monitoreo periódico de cumplimiento de registro de Solicitud de Interconsulta (SIC) a través de auditorías.	Auditorías de registros desde el Servicio de Salud y difusión en reunión Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA) mensual (al comienzo de la implementación) y esporádicas (control de calidad).
Identificación de la demanda de horas de especialidad desde la APS.	La Atención Primaria deriva aproximadamente un 10-12% de sus consultas, lo cual permite estimar el total de horas especialistas necesarias (1consulta nueva+ X controles según especialidad) por mes, en una distribución por especialidad extraída del registro de SIC del año anterior.

Módulo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Aspectos Centrales en la Gestión del Modelo de Atención Integral de Salud

Programación de horas de especialidad para responder a la demanda mensual de Atención Primaria.	Los Hospitales programaron horas de consultas de especialidad para dar cumplimiento a los requerimientos de APS, según orientaciones del Gestor de la Red identificados en el punto anterior.
Control de la demanda de manera periódica.	Monitoreo mensual de las derivaciones desde APS, por profesional y especialidad a la que deriva, en reunión CIRA mensual. Monitoreo de la oferta disponible por hospital y especialidad, en reunión CIRA mensual.
Fortalecimiento de la comunicación entre APS y Hospitales.	Trabajo conjunto APS y especialidades en la elaboración de protocolos de referencia y contrarreferencia. Capacitación mensual dictada por especialistas de nuestra Red a los médicos de APS.

5.2 Elaboración de protocolos de referencia y contrarreferencia

El éxito de un proceso de referencia y contrarreferencia adecuado, está definido por la correcta comunicación entre los establecimientos de la Red. Las estrategias que se utilicen dependerán de las características de cada servicio. A modo general deben ser inclusivas de los distintos actores relevantes, de fácil acceso y dinámicas, de modo que sean utilizadas de manera habitual por cada profesional que realice derivaciones en ese servicio.

La elaboración de protocolos es la materialización en un documento, del PROCESO de referencia y contrarreferencia para una patología específica, en el cual participan distintas especialidades y la atención primaria. La existencia de estos documentos permite las auditorias del proceso y su mejora continua.

Se proponen los siguientes pasos:

1. Establecer un responsable del tema a nivel de Servicio de Salud.
2. Conformar un equipo de profesionales de Atención Primaria, con experiencia de al menos 1 año, con competencias para desarrollar protocolos en Red, para aportar los conocimientos en relación al manejo de patologías en APS, medicamentos y exámenes presentes.
3. Convocar a especialistas del nivel secundario con competencias para desarrollar protocolos en Red, en conjunto con el equipo de APS.
4. Definir un formato único para el Servicio que responda a los requerimientos de la Red, adaptado de las orientaciones técnicas del compromiso de gestión, consensuado entre los distintos actores involucrados.
5. Validarlo en Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA).
6. Elaboración o revisión conjunta de procesos y protocolos de RCR para patologías específicas, por profesionales de APS y del nivel secundario.
7. Revisión y validación de protocolo en CIRA.

8. Difusión de protocolos elaborados: resolución aprobatoria de protocolos, difusión por medios electrónicos (página web, correos electrónicos, carpetas digitales entre otros)
9. Evaluación y mejora continua del proceso de RCR vinculado a dicho protocolo

Los recursos utilizados para la elaboración de documentos, son las horas profesionales que requieran los involucrados.

- El profesional encargado es el responsable de planificar y programar el trabajo, funciona como canal de comunicación entre el especialista encargado del documento y el equipo de médicos de Atención Primaria revisor, además es el encargado de la confección final del documento y su difusión a los equipos.
- El médico especialista del tema elabora el documento preliminar, según formato, lo envía al profesional encargado, y posteriormente recibe los aportes del equipo de médicos de APS y responde dudas en caso necesario. Según su experticia el tiempo necesario es de 4 horas.
- El equipo de médicos de APS, realiza una revisión bibliográfica previa, requiriendo horas dentro de su jornada para ello (no más de 2 horas en la semana previa a la reunión) y las de la reunión misma, habitualmente una reunión de 4 horas al mes. En una reunión se pueden trabajar uno o dos protocolos, dependiendo del documento enviado por el especialista.

5.3 Otros elementos para fortalecer el trabajo en red

CONSULTORIAS²³:

“Actividad conjunta e interactiva entre el equipo de especialidad y el equipo de salud de Atención Primaria, con el propósito de potenciar la capacidad resolutiva del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de pacientes entre ambos niveles de atención y garantizar los cuidados compartidos y la continuidad de cuidados de pacientes con problemas de salud complejos. El cronograma con la frecuencia y fechas de Consultorías se debe planificar conjuntamente entre los equipos que reciben la actividad (nivel primario) y el que las otorga (nivel especialidad). De esta atención debe quedar registro en la Ficha Clínica del usuario. Tiene un rendimiento de una sesión de consultoría en 4 horas, para mínimo 8 pacientes”.

Este trabajo permite el aprendizaje de los profesionales que intervienen desde los distintos

²³ Ministerio de Salud. Departamento de Estadística e información de Salud. Manual REM serie A. 2020

niveles. La APS aporta la mirada integral del caso con el uso de herramientas propias de la Salud Familiar y los especialistas la aproximación fisiopatológica del mismo.

PASANTIAS:

A partir de la definición realizada por la Organización Mundial de la Salud, se puede definir como: un convenio entre la institución que recibe y un pasante (estudiante), mediante el cual se mejora la experiencia educativa de la persona a través de tareas prácticas y exposición al trabajo de la Organización. Las pasantías no atienden trabajos de una naturaleza operativa y/o continua, ni tampoco aquel tipo de trabajo generalmente realizado por un miembro del personal. Las pasantías se aprueban por un período de tiempo específico y tradicionalmente oscilan entre dos a seis meses.

REUNIONES CLÍNICAS:

Son actividades de encuentro periódico, según las necesidades de la Red, entre los distintos actores para la revisión de temas y casos clínicos relevantes. Esta actividad permite dar dinamismo a la referencia y contrarreferencia, permitiendo la actualización a la velocidad que se modifica el conocimiento en la medicina y la fluidez en la comunicación entre niveles. Pueden incorporarse como actividades de capacitación, lo que permite ampliar su convocatoria y asegurar la asistencia permanente.

Módulo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria: Aspectos Centrales en la Gestión del Modelo de Atención Integral de Salud

Los tipos de mecanismos de coordinación asistencial puede esquematizarse de la siguiente forma:

Base de coordinación	Mecanismos teóricos de coordinación		Mecanismo de coordinación asistencial
Normalización	de habilidades		Sistema de experto: formación continua, alternativas a la consulta tradicional.
	de procesos de trabajo		GPC, Mapas de atención, Guías farmacológicas, planificación del alta. Protocolos y circuitos para la referencia de pacientes. Sistema de petición de citas compartido. Sistema de planificación de acciones.
	de resultados		Mapas de atención. Sistemas de control del rendimiento.
Adaptación mutua	Supervisión directa		Gestor de programa o proceso asistencial.
	Dispositivos de enlace	Grupos de trabajo	Grupos de trabajo multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios.
		Puesto de enlace	Gestor de casos. Central de regulación.
		Comités permanentes	Comité de gestión interniveles.
		Directivo Integrador	Director asistencial, director de ámbito transversal. Director de área o distrito.
		Estructura matricial	
	Sistema de información vertical		Hoja de referencia y contrareferencia. Sistema de información clínica.

Fuente: Según adaptación de Terraza (2006)²⁴ a partir de la clasificación de Mintzberg y Galbraith

VI. LECTURAS RECOMENDADAS

- En el Camino a Centro de Salud Familiar. MINSAL 2008.
- Marco referencial hospitales de la familia y la comunidad. MINSAL 2008.
- Orientaciones para el proceso de rediseño de la red asistencial en los Servicios de Salud. MINSAL 2012.
- Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. MINSAL2013

²⁴ Terraza Nunez, Rebeca; Vargas Lorenzo, Ingrid y Vázquez Navarrete, María Luisa. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gac Sanit [online]. 2006, vol.20, n.6 [citado 2012-11-07], pp. 485-495 . ISSN 0213-9111.

