

GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

SERIE CUADERNOS  
DE REDES **Nº8**

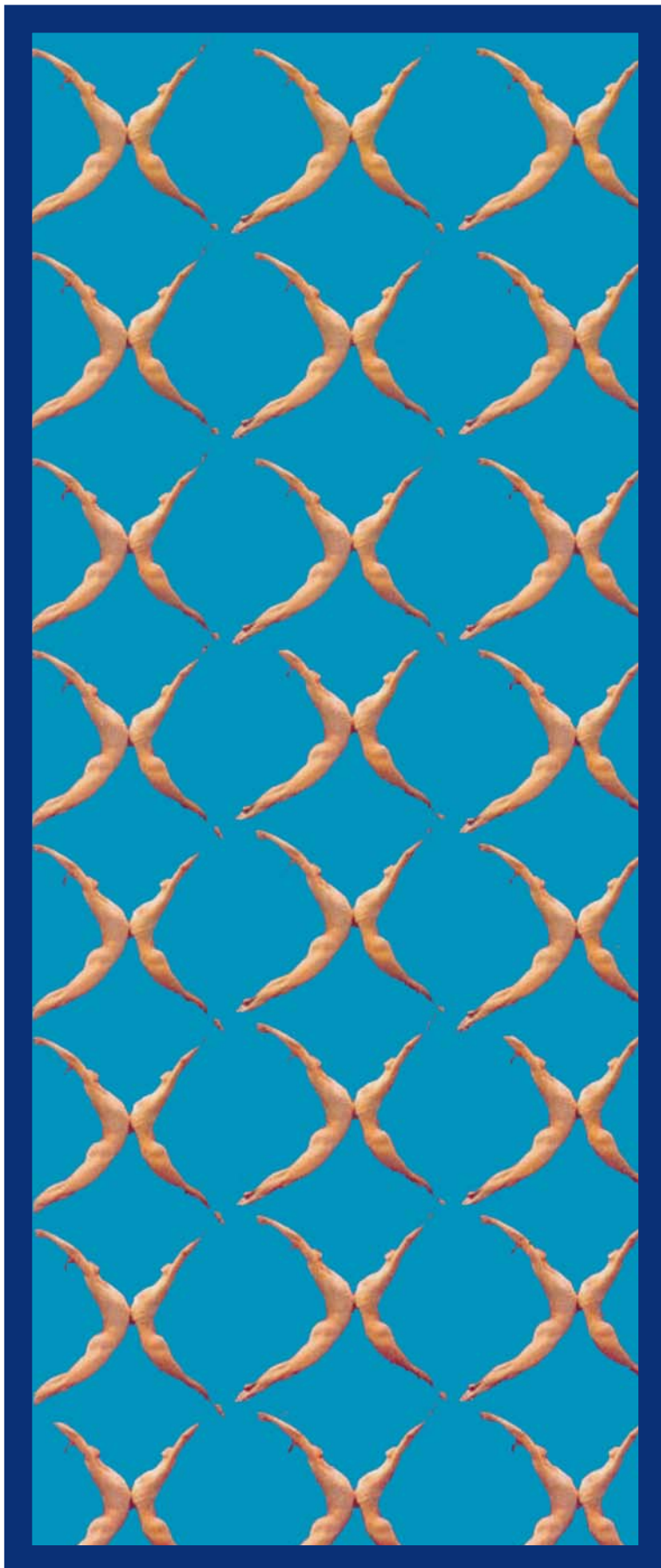
# LA RED PÚBLICA DE SALUD

## FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y EXPERIENCIAS

*Contigo* mejor  
salud

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

LA RED PÚBLICA DE SALUD  
FUNDAMENTOS, CONCEPTOS Y EXPERIENCIAS



*Contigo* mejor  
salud



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

## LA RED PUBLICA DE SALUD Fundamentos, Conceptos y Experiencias

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Segunda Edición  
2007



**“NO HAY ESPECIALISTAS EN RED, A NO SER AQUELLOS  
QUE ENCUENTRAN EL MODO DE HACERLAS  
FUNCIONAR”<sup>1</sup>**

---

<sup>1</sup> Osvaldo Saidón, en: Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil.

## INTRODUCCION

La Reforma de la Salud en Chile establece las nuevas bases legislativas y normativas del Sistema Público de Salud, confrontándolo al enorme desafío y responsabilidad de cumplir las metas planteadas por los objetivos sanitarios para Chile con miras al bicentenario. Lograr éxito en esta tarea obliga a todo el sistema a hacer esfuerzos por adoptar nuevos estilos de gestión, de liderazgo y de interacción. Para este propósito, la organización en Redes Públicas de Salud ha sido definida como la mejor estrategia.

La propuesta es una novedosa invitación para “hacer camino al andar”, en un trabajo conjunto de todos los actores, directivos, profesionales, técnicos de salud y usuarios. La División de Gestión de la Red Asistencial busca, a través de este libro, poner a disposición de los funcionarios del Sistema de Salud, estudiantes y académicos de las Universidades chilenas y a todos los interesados en el tema de la salud, un marco de referencia sobre la gestión en red, una revisión de la versión chilena a partir de la aprobación de las leyes y reglamentos de la Reforma sectorial y una descripción de las experiencias en curso.

En la primera parte, se presenta el problema al que se ha visto enfrentado el Sistema de Salud y se fundamenta la conclusión que la respuesta a ese problema, desde la gestión, es el trabajo en red.

En la segunda parte, se discuten los conceptos de red, sus características estructurales y los elementos fundamentales para desarrollar una gestión en red.

Los desafíos que la Reforma sectorial asigna a la Red Pública de Salud, se enuncian en la tercera parte. Además se describen brevemente los elementos estructurales y de gestión que están siendo implementados para dar respuesta a los mismos.

Para profundizar en ello, en la cuarta parte se presentan experiencias nacionales de gestión en red, las que han sido seleccionadas por mostrar avances en áreas específicas del trabajo en red.

Al final, se presenta un listado de documentos cuya lectura se recomienda para profundizar en temas relevantes para la gestión de redes y se sugieren otros textos para su revisión.

En resumen, este libro espera ser un aporte a todos aquellos que buscan fortalecer el sector público de salud y contribuir al logro de los cuatro principios fundamentales de la Reforma de Salud: el derecho a la salud, la equidad en salud, la solidaridad en salud y la eficiencia en el uso de los recursos.



**DR. RICARDO FABREGA LACO**  
**SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES**

## INDICE

Primera Parte: Antecedentes	8
I.    Redes Asistenciales: Evolución del Sistema de Salud en Chile	8
La recuperación del Sistema Público de Salud	13
II.   La Reforma de Salud	19
El contexto de la Reforma	19
Cuerpos legales que integran la Reforma	20
El Modelo de Atención Integral de Salud	22
Segunda parte: Marco Conceptual de las Redes de Salud	23
I.    El concepto de red	23
La red como una organización	25
Complejidad	26
Dinamismo	27
Incertidumbres y certezas	28
II.   Características generales de una red	29
¿Qué hace red a una red?	29
Los nodos	30
Vínculos	30
El lenguaje	31
La circulación de la información	32
III.  La gestión en red	33
Instalar una cultura de red	33
Entretejer relaciones	33

Reglas de decisión	34
Importancia del diálogo	35
La comunicación	37
La coordinación y la transparencia	37
Economías de escala y de ámbito	38
Producción de información y conocimiento	39
Tercera Parte: La Red Pública de Salud en Chile	40
I.    Los desafíos de las redes públicas de salud	40
Un Estado en transición	41
La cultura del sector salud	42
La complejidad de las redes de salud	43
II.   La red y el Modelo de Atención Integral de Salud	44
III.  La estructura de las redes públicas de salud	45
IV.  Gestión de las redes públicas de salud	46
La información	48
Herramientas relevantes para articular la red asistencial	49
V.   La gestión en red y la participación social en salud	54
Cuarta Parte: Revisión de Experiencias Nacionales	56
Red Asistencial del Servicio de Salud de Talcahuano	57
Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur	62
Red Asistencia del Servicio de Salud Metropolitano Oriente	69
Macro Red Asistencial de la Quinta Región	75
Aspectos relevantes del programa sector salud del Gobierno Michelle Bachelet	81
Prioridades programáticas de salida 2006 al 2010	85

ANEXOS	93
I. Normativas ligadas a la gestión de salud	94
II. La comunicación en red	96
III. Estructura Institucional de la Red Pública de Salud	104
IV. Una mirada a la gestión de los Servicios de Salud a través de la ejecución presupuestaria	110
V. Gestión de datos y vínculos de información	122
VI. La participación de la ciudadanía	129
BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA	139



## Primera Parte: Antecedentes

### I. Redes Asistenciales: Evolución del Sistema de Salud en Chile

#### 1550 – 1850

Los primeros problemas de salud pública que atrajeron la atención de las autoridades fueron los relacionados con el saneamiento ambiental y las enfermedades transmisibles.

El período está marcado por la preocupación, abastecimiento y calidad del agua, el aseo de las calles y la limpieza de las acequias que corren por las céntricas arterias de las ciudades y el control de las enfermedades transmisibles.

En 1552, don Pedro de Valdivia crea el primer hospital denominado del Socorro, el que posteriormente se llamó San Juan de Dios. Este debió comenzar su trabajo con médicos traídos del extranjero. En 1747, en la Universidad de San Felipe se abre la cátedra de Medicina, donde el cuidado de los enfermos estuvo a cargo de religiosas.

Por estos años, se establece la denuncia obligatoria de las enfermedades transmisibles, con sanciones que van desde la multa hasta la cancelación del título a quien no la respetaba. En 1589 se declara la primera cuarentena debida a un brote de viruela. En 1805 se realizó la primera vacunación masiva antivariólica.

En 1821 se promulga la ley de cementerios creándose el primero en Santiago

En 1842 se funda la Junta Central de Beneficencia, siendo la primera organización cuya finalidad específica es preocuparse de la salud.

#### 1850 – 1900

En este período se formaliza la preocupación por la sanidad nacida anteriormente dictándose numerosos decretos referentes a temas de salubridad. Surge una mayor organización de la salud pública en general y se puede percibir el primer esbozo de una red.

Se crean la Junta Directora de Hospitales y Casas de Expósitos; la Junta Departamental de la Salubridad; el Consejo Superior de Higiene Pública y el Instituto de Higiene que se preocupa del análisis químico y bacteriológico del agua y de los alimentos. En Santiago aparecen los desinfectorios públicos. Se crea la Policía Sanitaria y se autoriza al Presidente para que declare cuarentena en los puertos.

Se preparan vacunas en el país: antivariólica, antirrábica, antidiftérica, tuberculina

En 1898 surge el cargo de Inspector Sanitario

#### 1900 – 1952

1918 se aprueba el primer código sanitario que divide el país en 4 zonas sanitarias.

En la década de 1920 existían aproximadamente 115 establecimientos asistenciales mantenidos por la Beneficencia Pública. En su mayoría fueron creadas para hacer frente a las epidemias, llamadas “enfermedades sociales” como: la TBC, la sífilis y el tifus exantemático; y para el albergue de enfermos mentales y huérfanos.

En 1924 se decretan las primeras leyes sociales:

Se aprueba la Ley 4054, de Seguro Obrero Obligatorio y se crea la Caja de Seguro Obrero destinada a cubrir riesgos de enfermedad, invalidez y vejez. Diez años más tarde se agrega la sección de la madre y del niño para atender a las esposas e hijos de los obreros hasta los dos años de edad.

Ese mismo año se crea el Ministerio de Higiéne, Asistencia, Trabajo y Previsión Social y la Caja de Empleados Particulares.

La Constitución de 1925 enfatiza el rol del Estado y afirma la obligación estatal de velar por la salubridad pública y el bienestar higiénico del país, más allá de la sola preocupación por el indigente como había sido hasta esa fecha; mantiene la división del país en zonas y responsabiliza de la salud al Presidente de la República y designa como su representante al director general de Sanidad.

En 1925 también se funda la Caja de Empleados Públicos y Periodistas.

En 1931 se sanciona un nuevo Código Sanitario, el que fue modificado en 1968 por el DL N° 725 actualmente en vigencia.

Se crea el Servicio Nacional de Salubridad cuya misión era centralizar la conducción de la salud pública y se establece el Servicio Médico Escolar de carácter preventivo.

En 1938 se publican dos leyes relevantes:

La Ley 6174 de Medicina Preventiva: que beneficia a todos los integrantes de las cajas de previsión. Su fin es prevenir la incapacidad laboral del trabajador. Plantea la exigencia de un examen médico periódico para obtener un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y a menor costo. Consagra asimismo el derecho del trabajador a un reposo preventivo remunerado.

La Ley 6236, de la Madre y el Niño: para proteger a la mujer embarazada y al niño, y prevenir la desnutrición mediante la entrega de un suplemento alimentario.

En 1939 para dar atención de salud a la población afectada por el terremoto de Chillán, se debieron aunar esfuerzos de la Beneficencia, el Seguro Obrero y la Dirección de Salubridad, lo que brindó la oportunidad de observar en terreno lo que se podía esperar de la integración de servicios.

1942. Las Cajas de Empleados Particulares y de Empleados Públicos y Periodistas debieron unir sus Servicios Médicos para otorgar la atención preventiva y el control materno infantil estipulados en las leyes antes mencionadas, en forma semejante a lo que ofrecía la Caja del Seguro Obrero. En 1960 se transforma en el Servicio Médico Nacional de Empleados SERMENA, y en 1968, complementa su rol con las funciones que le señala la Ley de Medicina Curativa.

En esos años, se crea la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia, PROTIINFA, que agrupa al Departamento de la Madre y del Niño, al Departamento de Sanidad Escolar, el Servicio Dental y la Dirección General de Protección a Menores.

Todas estas tentativas buscan centralizar los esfuerzos para fomentar la salud, así como también el surgimiento de las Unidades Sanitarias, la formación de profesionales en la recién formada Escuela de Salubridad (1943), la influencia del Colegio Médico y de los grandes médicos salubristas chilenos de aquellos años, culminaron posteriormente con la promulgación de la Ley 10.383 que dio origen al Servicio Nacional de Salud (SNS)

### 1952 - 1990

1952 se crea el SERVICIO NACIONAL DE SALUD (SNS) que agrupa a el Servicio de Beneficencia y Asistencia Social; el Servicio Nacional de Salubridad o Sanidad; el Servicio de Seguro Obrero; la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia PROTIINFA; el Instituto Bacteriológico; los Servicios Médicos de las Municipalidades y la Oficina de Accidentes del Trabajo.

La misma Ley 10.383 que da origen al SNS, crea el Servicio de Seguro Social cuya tarea es continuar con la administración de las prestaciones previsionales, función que cumplía hasta ese momento el Seguro Obrero.

En los primeros años del SNS, el énfasis está puesto en la integración político administrativa del Servicio. Posteriormente el acento se pone en como vincular la organización y distribución de los servicios de salud con poblaciones definidas, con el interés de mejorar la eficiencia y la operación efectiva del sistema.<sup>2</sup>

El SNS se estructura dividiendo al país en 18 zonas de salud y cada una de ellas en centros de salud, con un total de 27. Para el ejercicio propio de las funciones del nivel central, estas zonas se agrupan en cuatro grandes zonas o macrozonas: Norte, Santiago, RM, Central – Sur y Sur.

La Ley de Medicina Curativa (1968), incorporó a los empleados al modelo de medicina social y dio paso al sistema de libre elección de instituciones y médicos. Ese año se dictó un nuevo Código Sanitario, se instaló el primer Formulario Nacional de Medicamentos y entró en vigencia la Ley de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

En enero de 1980, mediante el Decreto Ley N° 2763, desaparecen el SNS y el SERMENA y se crea el SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD (SNSS).

<sup>2</sup> SALUD Y ESTADO EN CHILE. Organización social de la salud pública período del Servicio Nacional de Salud. Horwitz, Nina et al. Serie Publicaciones Científicas Representación OPS – Chile. 1995

Se crean 27 Servicios de Salud, reagrupando las funciones del SNS y del SERMENA. Las nuevas estructuras tienen patrimonio y personal propio, una relativa independencia administrativa y presupuestaria. Cada Servicio de Salud debe cumplir funciones de fomento y recuperación para los afiliados al sistema público; acciones de protección para toda la población y fiscalizar el cumplimiento del Código Sanitario.

También se crea el Fondo Nacional de Salud (FONASA) encargado de recaudar y distribuir los fondos para el financiamiento de los Servicios del sector público, dar préstamos a sus beneficiarios y sustituir al SERMENA en la administración del sistema de libre elección.

Al año siguiente, 1981, se crean las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y en 1991, la Superintendencia de ISAPRE.

En 1982 se disuelve la Sociedad Constructora de Establecimientos Hospitalarios.

Los hechos antes mencionados y las políticas de financiamiento de los servicios públicos de las décadas 70 y 80, significaron reducir el sistema de salud pública en magnitud, importancia y recepción porcentual de recursos financieros para su funcionamiento e inversión en tecnología e infraestructura. Perdió su espíritu redistributivo, y el concepto de igualdad en salud quedó postergado frente a la instalación del autofinanciamiento y el acceso a la salud restringido a la disponibilidad de recursos individuales.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD					
1952. SERVICIO NACIONAL DE SALUD			1980. SNSS		2006.
			REDES ASISTENCIALES <sup>3</sup>		
Zonas <sup>4</sup>		Centros de Salud <sup>5</sup>	Regiones <sup>6</sup>		Servicios de Salud <sup>7</sup>
1ª	Tarapacá		1ª	Tarapacá	Arica - Iquique
2ª	Antofagasta		2ª	Antofagasta	Antofagasta
3ª	Atacama - Coquimbo		3ª	Atacama	Atacama
4ª	Aconcagua		4ª	Coquimbo	Coquimbo
5ª	Valparaíso		5ª	Valparaíso	Valp/San Antonio Viña/Quillota y Aconcagua
6ª	Norte. Santiago		6ª	O'Higgins	O'Higgins
7ª	Sur. Santiago		7ª	Maule	Maule
8ª	Occidente. Santiago		8ª	Bío Bío	Ñuble - Concepción - Talcahuano - Arauco y Bío Bío
9ª	Oriente. Santiago		9ª	Araucanía	Araucanía Norte - Araucanía Sur
10ª	O'Higgins - Colchagua		10ª	De los Lagos	Valdivia - Osorno - Llanchipal
11ª	Curicó - Talca		11ª	Aysén	Aysén
12ª	Linares - Maule		12ª	Magallanes	Magallanes

4 2005 Se crea la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de la cual depende la División de Gestión de Redes Asistenciales, DIGERA

5 Se crearon de acuerdo a las provincias y considerando criterios biodemográficos, epidemiológicos, los organismos asistenciales existentes y las vías de comunicación y el desplazamiento natural de las personas

6 En 1959 se reemplazaron por las Áreas Hospitalarias, denominadas así por nuclear el quehacer de los establecimientos asistenciales en torno a su Hospital Base. El director de este hospital, era a su vez el director del Área de Salud, con la intención de generar un proceso de integración de las acciones preventivas y curativas.

6 Se adoptó la regionalización propuesta por la CONARA, declarada oficial.

7 2005. El Director del Servicio de Salud asume la coordinación del conjunto de establecimientos públicos y privados en convenio que componen la red de su territorio, asumiendo un nuevo rol: el de GESTOR DE LA RED ASISTENCIAL DE SALUD

ESTRUCTURA DEL SISTEMA PUBLICO DE SALUD					
1952. SERVICIO NACIONAL DE SALUD			1980. SNSS		2006.
			REDES ASISTENCIALES <sup>3</sup>		
Zonas <sup>4</sup>		Centros de Salud <sup>5</sup>	Regiones <sup>6</sup>		Servicios de Salud <sup>7</sup>
13 <sup>a</sup>	Ñuble		13 <sup>a</sup>	Región Metropolitana	Norte - Central Sur-Oriente - Occidente y Sur
14 <sup>a</sup>	Concepción, Arauco, Bío Bío				
15 <sup>a</sup>	Malleco - Cautín				
16 <sup>a</sup>	Oriente. Santiago				
17 <sup>a</sup>	Llanquihue, Chiloé y Aysén				
18 <sup>a</sup>	Magallanes				
18 <sup>a</sup> Zonas de Salud		27 Centros de Salud	13 Regiones		28 Servicios de Salud

## La recuperación del Sistema Público de Salud

En 1990 Chile retornó a la democracia y el sistema público de salud fue revisado por su condición de “postración financiera y técnica”,<sup>8</sup> por una parte, y otra por labilidad de los indicadores tradicionales de salud.

Hubo aumentos importantes del presupuesto. La inversión creció de 8 mil 89 millones de pesos anuales promedio en la década del 80, a 46 mil 749 millones de pesos anuales promedio en los años 90.<sup>9</sup>

<sup>8</sup> Jiménez de la Jara, revista Ars Médica

<sup>9</sup> Banco Mundial. Proyecto Desafíos Sociales en América Latina. Estudio N° 5, Igualdad de oportunidades en salud: el caso de Chile. Chile. Archivo de Documentos de la Comisión de Reforma de la Salud. Mayo, 2003.

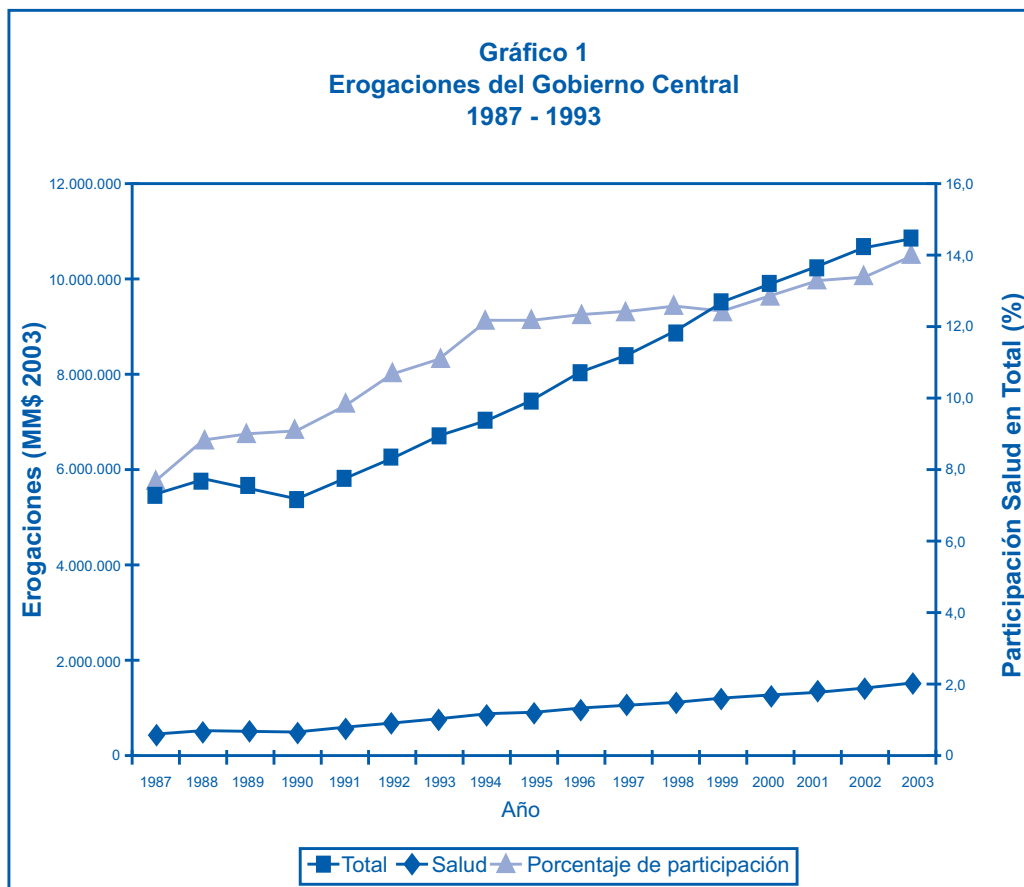
Se construyeron o reconstruyeron trece hospitales, se modernizaron 53 hospitales y 13 centros clínicos o consultorios de especialidades. Todo ello por un valor de 545 millones de dólares.<sup>10</sup>

Igualmente, se dotó de sistemas computacionales y parte mayor del gasto se orientó a mejorar los deteriorados sueldos del personal del sistema público de salud, incrementándose en forma permanente el gasto público destinado a salud.

**Cuadro 1**  
**Erogaciones de Gobierno Central**

Año	Año Millones de pesos 2003		Participación E. Salud en E. Total (%)
	Total	Salud	
1987	5.468.400	420.448	7,7
1988	5.756.161	507.389	8,8
1989	5.659.160	507.188	9
1990	5.337.577	483.642	9,1
1991	5.813.540	568.143	9,8
1992	6.256.518	666.680	10,7
1993	6.689.094	744.763	11,1
1994	7.006.029	858.210	12,2
1995	7.412.649	900.988	12,2
1996	8.008.248	981.284	12,3
1997	8.377.834	1.039.600	12,4
1998	8.859.594	1.116.344	12,6
1999	9.479.514	1.171.745	12,4
2000	9.871.687	1.258.755	12,8
2001	10.221.571	1.362.605	13,3
2002	10.654.555	1.429.485	13,4
2003	10.833.017	1.515.249	14

<sup>10</sup> La salud en las Américas, 2002, OPS



Estos antecedentes dan cuenta del esfuerzo realizado entre 1987 y 2003, cuando las erogaciones en salud se triplicaron mientras que las del gobierno central se duplicaron. La tasa de crecimiento anual promedio de las erogaciones del gobierno central en salud fue de 15,4%.

Entre los años 1994 y 2003, las políticas adoptadas condujeron a sostener una tasa de crecimiento promedio anual de las erogaciones del gobierno central en salud de 6,5%. Así, la participación sectorial pasó del 7,7% de las erogaciones totales en 1987 a representar el 14,0% en 2004.

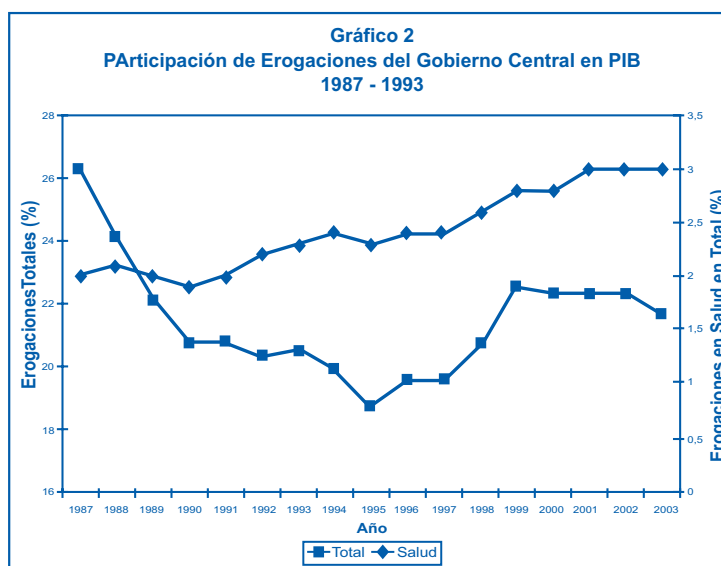
Estos incrementos fueron posibles por el sostenido crecimiento del producto interno bruto, PIB, cuya trayectoria se visualiza en el gráfico 2.



**Cuadro 2**  
**Participación de Erogaciones de Gobierno Central en PIB**

Año	Erogaciones Totales	Erogaciones de Salud
1987	26,3	2
1988	24,1	2,1
1989	22,1	2
1990	20,7	1,9
1991	20,8	2
1992	20,3	2,2
1993	20,5	2,3
1994	19,9	2,4
1995	18,7	2,3
1996	19,6	2,4
1997	19,6	2,4
1998	20,7	2,6
1999	22,5	2,8
2000	22,3	2,8
2001	22,3	3
2002	22,3	3
2003	21,7	3

Fuente: Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda (2004)



En el mismo período, la recaudación mensual por usuario fue bastante menor en el sector público (FONASA) que en el sector privado (ISAPRES).

Lo anterior se refleja en el Cuadro 4 y en el Gráfico 3, que muestran como la brecha en la recaudación por cotizaciones por beneficiario tendió a crecer, pero que sumado al aporte fiscal logró reducirse en un 35%.

**Cuadro 3**  
**Recaudación mensual promedio por beneficiario a/**  
**(Pesos 2003)**

Años	Isapres b/	FONASA	
		Cotizaciones c/	Cotizaciones y Aporte Fiscal d/
1990	11.711	1.738	3.328
1991	11.344	1.878	4.080
1992	11.552	2.208	5.341
1993	11.763	2.461	6.518
1994	12.328	2.597	7.034
1995	13.236	2.721	7.608
1996	14.109	2.933	8.222
1997	14.988	3.136	8.441
1998	16.413	3.163	9.110
1999	17.890	3.297	9.087
2000	19.249	3.375	9.191
2001	20.771	3.748	10.090
2002	22.396	3.907	9.693
2003	24.167	4.106	10.156

**Notas:**

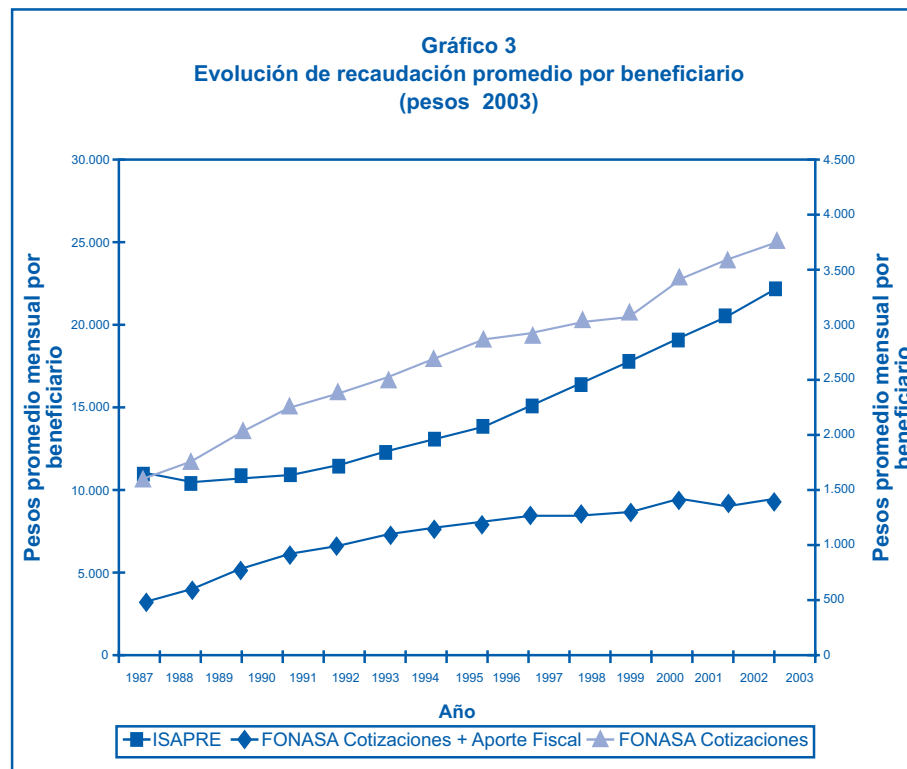
a/ En el caso de las ISAPRES no existen registros respecto al volumen de gasto realizado por sus usuarios asociados a copagos por prestaciones.

b/ Considera ingresos por conceptos de cotización legal, cotización por la Ley N° 18.566, cotización adicional voluntaria y aporte de empleadores.

c/ Considera ingresos por concepto de cotización legal.

d/ Considera ingresos por concepto de cotización legal y aporte fiscal. Este último se obtiene restando del gasto público total en salud las cotizaciones, los ingresos de operación y los copagos de usuarios.

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de: Fondo Nacional de Salud, Superintendencia de Salud (ex Superintendencia de ISAPRES) e Instituto Nacional de Estadísticas.



Como se deduce de lo anterior, los esfuerzos hechos en materia de entrega de recursos hacia el sector salud han sido considerables, pero no han logrado eliminar la brecha. Los avances esperados en la salud pública no podrán sustentarse solamente en mayores recursos, sino que debieran apoyarse también en la introducción de mejoras continuas en la gestión de los recursos otorgados.

Desde la perspectiva sanitaria, el Sistema de Salud, público-privado en su composición evidenciaba problemas por resolver.

Desde luego, las desigualdades en los resultados de salud, las inequidades en la asignación de los recursos, las ineficacias de programas anacrónicos y las ineficiencias demostradas en el uso de los recursos.

El Modelo de Atención presentaba atrasos respecto de la transición demográfica, la transición epidemiológica, con un enfoque centrado en los hospitales, y orientado de preferencia a la recuperación de enfermedades, más que a su prevención.

Es así, como los gobiernos democráticos, buscando enfrentar estos problemas, introdujeron diversas medidas. Entre ellas, destacan la relevancia al enfoque de Atención Primaria donde la promoción y prevención en salud son componentes esenciales, acompañado de la promulgación del Estatuto de Atención Primaria; y mecanismos para regular y fiscalizar de mejor manera al sistema privado de salud, tanto hacia los prestadores como hacia los aseguradores a través de la creación de la Superintendencia de ISAPRES.

Agregado a lo anterior la tendencia creciente de aumento de los costos en salud derivado del rápido desarrollo tecnológico, y a pesar de los logros alcanzados hasta el momento, se llegó a la conclusión que el Sistema de Salud requería de una intervención más profunda y radical, que, más que nuevas estructuras, considerara un modelo de atención y de gestión distintos.

Así fue como, en el año 2000 se creó la Comisión Técnica de la Reforma de la Salud que, a partir de, estudios en profundidad de los distintos ámbitos involucrados, hizo propuestas que se tradujeron en un conjunto de proyectos de ley, la mayoría de los cuales ya ha concluido su tramitación.

## II. La Reforma de Salud

### El contexto de la Reforma

El panorama general en que surge la Reforma de la salud en Chile, tal cual lo expresan los mensajes de los distintos proyectos de ley sometidos a la consideración del Congreso por parte del Poder Ejecutivo, está definido principalmente por los siguientes hechos:

#### A. Derecho a la equidad en la atención de salud

Garantizar este derecho constituye una responsabilidad del Estado. Se entiende que debe garantizar ciertas atenciones y prestaciones mínimas en salud a toda la población, independientemente de los ingresos de cada quien.

#### B. Cambios en el perfil demográfico y epidemiológico, que incluyen, entre otros:

**Aumento en la expectativa de vida.** En los últimos 40 años la esperanza de vida al nacer ha crecido en 15 años, dado que pasó de 60 años en el quinquenio 1965/1970, a 75 años en el quinquenio 2000/2005. Ello quiere decir que hoy día, en promedio las personas viven un 25% más que hace cuatro décadas.

**Envejecimiento de la población.** Entre los censos 1992 y 2002, las personas de 60 años y más pasaron de representar el 9,8% de la población a un 11,4%, y que los menores con edades de 0 a 9 años pasaron de ser el 20,2% al 16,3%. Se observa que el tramo de edad que exhibe un mayor crecimiento en su participación relativa en la población es el de 40 a 59 años. Lo que significa que en el futuro la importancia relativa de los mayores de 60 años será aún más determinante.

**Cambios epidemiológicos.** Entre 1990 y 2001 la importancia de las distintas causas de

muerte se ha modificado. El VIH-SIDA y las muertes por accidentes de tránsito adquirieron una mayor relevancia, mientras que la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas y parasitarias son responsables de un menor número de muertes. Se evidencia un incremento de patologías y morbilidad como consecuencia de la vida urbana, lo que incluye accidentes, violencia, adicciones y problemas de salud mental.

### **C. Obsolescencia del modelo de atención de salud**

Este modelo, básicamente curativo y centrado en el hospital como la gran instancia de resolución de los problemas de salud, alcanzó un límite en su capacidad de enfrentar las necesidades sanitarias de la población y se hizo insuficiente para enfrentar los nuevos desafíos derivados de los cambios antes mencionados. En este ámbito, los esfuerzos realizados para fortalecer la atención primaria de salud habían sido limitados, lo que se manifestaba en una insuficiente capacidad para resolver los problemas emergentes.<sup>11</sup>

### **D. Aumento en los costos de las prestaciones de salud**

Ello por la existencia de patologías más complejas, incidencia de enfermedades crónicas y por la mejor calidad de las prestaciones como producto de los avances científicos y el desarrollo internacional y nacional de la medicina. Esto en muchos casos, incluye uso de sofisticadas tecnologías y medicamentos de última generación.

### **E. Reposicionamiento del concepto de los derechos ciudadanos**

Hoy es internacionalmente aceptado que las personas deben ser sujetos -y no objetos- de las acciones de salud. Tienen derecho a ejercer control sobre las decisiones y acciones que las afectan en este ámbito, mediante políticas explícitas y cauces concretos de participación.

### **F. Reconocimiento del rol del Estado en la protección de la salud de la población**

Independientemente de que existan ciudadanos que opten por seguros o sistemas privados de salud, al Estado le compete asegurar la existencia de condiciones mínimas que garanticen la salud de todos los habitantes de un país.

### **G. Necesidad de usar eficientemente los recursos públicos**

El Estado dispone de recursos limitados para cumplir con sus obligaciones respecto a la ciudadanía. Por lo tanto, las ineficiencias en el uso de los recursos redundan en una disminución de la cantidad y la calidad de las prestaciones de salud que pueden ser puestas a disposición de las personas.

### **Cuerpos legales que integran la Reforma<sup>12</sup>**

Sobre la base de la realidad descrita se fundamentaron los cuerpos legales que constituyen la directriz de la Reforma de salud.

<sup>11</sup> Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes, División de la Gestión de la Red Asistencial: Modelo Integral de Atención en Salud, marzo de 2005.

<sup>12</sup> Para mayor información, remitirse a Anexo N° 1 Normativas ligadas a la gestión de salud

El 14 de julio de 2003 se promulgó la Ley N° 19.888, que establece el financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del gobierno de Chile, dentro de los cuales está la Reforma de Salud. Este cuerpo legal estableció un alza en el impuesto a las ventas y servicios (IVA) de un punto porcentual entre el 1 de octubre de 2003 y el 31 de diciembre de 2006, permitiendo dotar al sector de recursos para materializar las inversiones y gastos operacionales involucrados en las diversas leyes que dan marco legal a la actual Reforma sectorial.

El 24 de febrero de 2004, se publicó la Ley Autoridad Sanitaria y Gestión N° 19.937, que modifica el Decreto Ley N° 2.763 de 1979, que establece una nueva concepción de la autoridad sanitaria, diversas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana. Define la autoridad sanitaria como la institucionalidad permanente del Estado que tiene por misión regular y fiscalizar la actividad en salud en defensa de los usuarios, así como guiar el desarrollo del sector y asegurar su efectivo desempeño. Modifica la estructura y funciones de la salud pública, separando lo curativo asistencial de la promoción y la prevención: crea las subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales.

Crea además la Superintendencia de Salud, para supervigilar y controlar las instituciones de salud previsional y el Fondo Nacional de Salud; fiscalizar a los prestadores de salud públicos y privados en relación a su acreditación y certificación, así como la mantención del cumplimiento de los estándares establecidos.<sup>13</sup> Esta institución es la continuadora legal de la antigua Superintendencia de ISAPRES a la cual, en la práctica, absorbe.

En el ámbito de la gestión, estipula la creación de redes de salud y de establecimientos de salud (hospitales) autogestionados. Señala que las redes se encuentran localizadas geográficamente (éstas coinciden con los Servicios de Salud ya existentes) y que en ellas participan las personas naturales o jurídicas, públicas o privadas que laboran coordinadamente dentro de los marcos fijados por el Ministerio de Salud.<sup>14</sup> Se incluye en ellas a los establecimientos municipales de atención primaria. Las redes de salud tienen por propósito entregar las prestaciones de salud a la población adscrita dentro de cada territorio o localización geográfica donde opera cada una.

En lo que respecta a participación ciudadana, la Ley citada aumenta los mecanismos de participación mediante la obligatoriedad de rendición de cuentas y la apertura de espacios institucionales para que las personas puedan participar en materia de salud pública. Además determina que FONASA debe conocer y resolver respecto a los reclamos que efectúen sus beneficiarios.

El 3 de septiembre de 2004 se publicó la Ley Régimen General de Garantías en Salud N° 19.966 que establece, para mejorar la equidad en salud, el acceso universal con garantías explícitas (AUGE) para el tratamiento de un conjunto de patologías.

<sup>13</sup> Artículo 6° de la Ley N° 19.937.

<sup>14</sup> Artículos 2 y 3 del Decreto Ley N° 2.763 y artículo 3° del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, derivados de las modificaciones incorporadas por la Ley N° 19.937.

Este régimen se aplica a toda la población, con independencia del sistema de seguro de salud (o incluso la carencia de él) con que cuente cada individuo, así como de su localización geográfica.

El 17 de mayo de 2005 fue publicada la Ley N° 20.015 sobre Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), que modifica la Ley N° 18.933, y que mejora la capacidad de fiscalización de la Superintendencia de Salud en temas como la regulación de las alzas de precios; la continuidad en el acceso a los beneficios del seguro de salud para las cargas de las personas afiliadas que han fallecido; el acceso a la información financiera y la constitución de los directorios y accionistas de las ISAPRES; las prestaciones potencialmente excluibles de los planes de salud contratados por las personas; y la transparencia de la cobertura de los seguros ofrecidos por las distintas instituciones. Esta misma ley determina la creación y administración del Fondo de Compensación Solidario, cuyo objetivo es “solidarizar los riesgos entre los beneficiarios de dichas instituciones (las ISAPRES) con relación a las prestaciones contenidas en las garantías explícitas en salud”.<sup>15</sup>

Se encuentra aún pendiente de tramitación en el Congreso un proyecto de ley que se refiere a los derechos y deberes de las personas en salud.

La revisión de las leyes reseñadas, permite advertir en sus contenidos esenciales, los profundos cambios que ellas están introduciendo al Sistema de Salud chileno. Fue esta certeza la que hizo decir al Presidente de la República, Ricardo Lagos, que “cuando se escriba la historia de la salud pública en Chile, lo que ocurre en la primera década de este siglo XXI va a ser el elemento fundacional de los pilares de la salud para los próximos cincuenta años”.<sup>16</sup>

Este libro pretende ser un aporte para que este marco legal se traslade a acciones, específicamente en el ámbito de la gestión de las redes de salud.

### **El Modelo de Atención Integral de Salud**

La Reforma de Salud plantea un nuevo modelo de atención de salud, inspirado en cuatro principios esenciales:

- El derecho a la salud, a través del establecimiento de garantías explícitas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera, y de dotar a los usuarios de las facultades para hacerlas exigibles.
- La equidad en salud, que apunta a identificar y disminuir los factores o condiciones que generan las desigualdades evitables.

<sup>15</sup> Artículo 42 F de la Ley N° 18.933, actualizado por la Ley N° 20.015.  
<sup>16</sup> Reforma de la salud en Chile, Ministerio de Salud, 2004.

- La solidaridad en salud, para que los más vulnerables tengan iguales garantías que los más favorecidos.
- La eficiencia en el uso de recursos, para optimizar su uso.<sup>17</sup>

El Modelo de Atención Integral de Salud se basa en el paradigma biosicosocial que, sin desconocer la validez del paradigma biomédico, ofrece una visión integral del proceso salud-enfermedad, incorporando otras dimensiones imprescindibles para el estudio y abordaje del complejo panorama sanitario y del cambio hacia un usuario más proactivo, es decir, responsable de su propia salud y de la salud de la sociedad. Compromete en su implementación a todas las personas que realicen o contribuyan a la ejecución de las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación.<sup>18</sup>

En resumen, esto significa un desafío que obliga a todos quienes integran el sector salud a apropiarse responsablemente de la Reforma y a cambiar los paradigmas no sólo operacionales, sino que también mentales y culturales con los que hasta ahora ha operado la gestión del sistema. Ello implica cambios institucionales en los mecanismos de coordinación, interacción, complementariedad, cooperación y de comunicación fluidos en su interior, aspectos que forman una parte esencial de los sistemas de gestión en red sobre los que reflexiona este texto.

La tarea por realizar es enorme, dada la complejidad del sector salud, el carácter estratégico de las funciones que debe cumplir, y la variedad y cantidad de organismos y organizaciones que participan en él.

## Segunda parte: Marco Conceptual de las Redes de Salud

### *1. El concepto de red*

El marco conceptual de redes aplicado a las interacciones humanas es un hecho reciente y tiene su origen en las ciencias sociales.

La física y la biología describen las estructuras del universo como conjuntos de redes, donde distintos nódulos, células o puntos interactúan entre sí para formar un todo o un cuerpo que sin esa interacción no existiría. Han señalado que estas redes, cuando están vivas, no son estáticas sino dinámicas, pues en su interior unas células mueren y otras nacen, reemplazando a las anteriores para que el cuerpo o la estructura que componen siga existiendo. Al mismo tiempo, sus posiciones van cambiando, tomando y perdiendo preeminencia o protagonismo de acuerdo al interés superior que da sentido a la estructura que las congrega.

Los científicos sociales postulan que entre las personas también se forman redes para crear cuerpos sociales que cumplen una finalidad determinada. Los estudiosos de la pobreza, por ejemplo, han señalado que la posibilidad de existir y progresar para determinadas familias e individuos en situación de carencia socioeconómica, depende de

<sup>17</sup> Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes, División de la Gestión de la Red Asistencial: Modelo Integral de Atención en Salud, marzo de 2005.

<sup>18</sup> Artículos 1º y 2º del Decreto Ley N° 2.763, actualizado por la Ley N° 19.937, del 24 de febrero de 2004 y el Art. 1º del Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04 del 21 de abril de 2005.



estar insertos en redes sólidas y extensas donde encuentran apoyo en momentos de crisis y donde aparecen para ellos posibilidades de mejorar su condición en momentos de mayor bonanza.

La siquiatria, a partir de mediados de los años 60 comenzó a utilizar la técnica de la intervención en red, para tratar a los pacientes dentro del contexto en que ellos se desenvuelven, y donde el médico o el terapeuta son sólo uno más entre los integrantes de la red que colabora en su recuperación.

En otro ámbito, la revolución surgida en las últimas décadas como consecuencia del acelerado desarrollo y masificación de las tecnologías de la información y en particular de la explosión de Internet, ha dado surgimiento a una de las mayores redes existente a nivel mundial, conformada por miles de millones de computadores conectados entre sí, cada uno de los cuales es un nodo de la estructura global que se interconecta en el ciber espacio mediante otra inmensa cantidad de servidores (macro red). Además, dentro de este gran universo se forman redes a escala menor, creadas por cibernautas con intereses específicos que, mediante instrumentos como el chat, las web log o el correo electrónico crean comunidades virtuales en torno a determinados temas (redes). Asimismo, dentro de esas comunidades surgen subgrupos, unidos por afinidades más distintivas, que arman núcleos más pequeños dentro de la red (micro redes). Esto ha dado una perspectiva cibernético-sociológica al estudio de las redes, que combina una mirada desde la tecnología, por un lado, y desde cómo las personas usan dicha tecnología, por otro.

La masificación de las tecnologías de información ha impactado en el desarrollo de las redes, que hoy se ve facilitado en dos de sus ámbitos cruciales como son el traspaso de información y el intercambio de datos. Ello es más notorio aún en el caso de las redes cuyos integrantes, células o nodos, se encuentran dispersos geográficamente. Ese es el caso del sistema público de salud en Chile, donde hoy es perfectamente factible que una red del extremo sur interactúe con otra del extremo norte sin la necesidad de desplazamiento físico. Un buen ejemplo es el Hospital Roberto del Río, con una historia de inserción en la red asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Norte y de vinculación con la docencia universitaria y las actividades de capacitación permanente hacia los consultorios de ese Servicio. Este hospital, aprovechando las tecnologías disponibles en la época, organizó un sistema de consultas por fax desde los consultorios hacia los médicos del hospital, con el compromiso de dar respuesta en 24 horas.<sup>19</sup> Este ejemplo hoy puede ser seguido por otros, utilizando el correo electrónico.

La red, entendida como un modo de organización, es un ente neutro, cuyos efectos dependerán de la intencionalidad que guía a sus gestores. Si sus fines son positivos, probablemente conseguirá efectos benéficos, pero si la finalidad es negativa, la red puede usarse para destruir. En un extremo las redes formadas por organismos internacionales como la Cruz Roja ilustran este punto, y, en el otro, el caso de Al Qaeda, cuyo funcionamiento está siendo estudiado por científicos y estrategias de todo el mundo como contra ejemplo de una red muy bien articulada, cuyo poder letal es incuestionable.

---

<sup>19</sup> Referido en: El hospital público en Chile, Tomo 2, Parte 5, Capítulo 4.

## La red como una organización

En la actualidad, se ha dado un mayor impulso al estudio de las redes y muchos pensadores contemporáneos han concluido que en un universo globalizado por el desarrollo de las comunicaciones, las relaciones internacionales y el comercio mundial, pero atomizado por diferencias culturales, económicas, políticas, religiosas y sociales, y donde la competencia irracional y egoísta<sup>20</sup> puede llevar a un cataclismo mundial, la organización en redes conscientes, basadas en la cooperación y el apoyo mutuo, es esencial para la concreción y permanencia de proyectos generados en torno a objetivos importantes para el ser humano.

En Latinoamérica, quien más ha difundido el concepto de las redes aplicado a la organización social es Elina Dabas, licenciada en ciencias de la educación y directora de la Fundación para el Desarrollo y la Promoción de las Redes Sociales, FUNDARED, Argentina. Ella explica que la visión clásica veía la administración de las organizaciones como “racional, ordenada según criterios previos y respondiendo a normas”. Pero hoy se vive a las organizaciones “como una realidad caótica y compleja, donde la razón no alcanza, ni tampoco el conocimiento técnico”.<sup>21</sup> Señala que la visión, surgida a fines del siglo XX, de las organizaciones como redes y trabajando en red, constituye un nuevo paradigma de administración y gerencia, el que reemplaza al paradigma positivista de las organizaciones concebidas como estructuras rígidas, donde el poder y la autoridad se reparten verticalmente entre distintos niveles jerárquicos, a la vez que se divide el trabajo a realizar, según criterios de especialización. La gestión en redes, concibe a las organizaciones como estructuras flexibles, donde el poder y la autoridad se reparten en un sentido más horizontal y donde los roles dentro de la organización tienen una mayor polivalencia. Esto, porque “todos los líderes y el propio personal de las instituciones son vitales para el logro de objetivos más allá de las condiciones individuales de quien dirige”.<sup>22</sup>

Dabas remite al concepto de “heterarquía”, para lo cual cita a Heinz Von Foerster,<sup>23</sup> quien define este término como la posibilidad de coexistencia de jerarquías distintas, tanto sucesivas como simultáneas, en el funcionamiento de un sistema determinado. “En este caso las diferentes posiciones se reconocen no por la función adscrita sino por la idoneidad en el desempeño de la misma. No implica la negación de la jerarquía sino la coexistencia del reconocimiento de una variedad de las mismas”. Von Foerster -así como otros teóricos que han estudiado este fenómeno- señala que la trama de la vida está constituida por redes dentro de redes y que una comunidad humana es sostenible cuando es consciente de las múltiples relaciones entre sus miembros.

Sobre el valor de la heterarquía, Denise Najmanovich, epistemóloga y master en metodología de la investigación científica, dice: “La Batalla de las Islas Midway nos provee de un maravilloso ejemplo para diferenciar la concepción jerárquica -donde sólo gobierna el Jefe Supremo y la línea de mando es únicamente de arriba a abajo- del modelo heterárquico donde el poder circula. En esa contienda, la flota japonesa estuvo a punto de destruir a la estadounidense. En verdad, el barco insignia de Estados Unidos fue hundido en los

20 El término competencia aquí se entiende como lucha contra otros y no en la acepción que significa adquisición de habilidades y conocimientos.

21 Dabas, Elina: Principios orientadores para favorecer la integración del ingresante al sistema de salud.

22 *Ibidem*.

23 Von Foerster, H.: Las semillas de la cibernética. Editorial Gedisis.

24 Dabas, Elina: Principios orientadores...

primeros minutos, y su flota fue abandonada a su propia organización, yendo de una jerarquía a una heterarquía. Lo que pasó entonces fue que el encargado de cada barco, grande o pequeño, tomaba el comando de toda la flota cuando se daba cuenta de que, dada su posición en ese momento, sabía mejor lo que había que hacer. Como todos sabemos, el resultado fue la destrucción de la flota japonesa. Este modelo de organización heterárquica no sólo ha dado grandes resultados en la estrategia militar sino que ha guiado buena parte de la investigación en redes neuronales: En el campo de la información y las comunicaciones, la revolución no ha sido menos drástica: las redes informáticas sustituyeron casi completamente a las gigantescas computadoras que centralizaban toda la información por un sistema de alta interconexión, donde ésta está distribuida y es más rápida y eficientemente accesible”.<sup>25</sup>

La misma autora explica que “en el universo en red la certeza es menos importante que la creatividad y la predicción menos que la comprensión. El punto de partida no es ya nuestra extrañeza en el mundo, sino un sentimiento de profunda pertenencia, de legitimidad del otro, de su racionalidad, de su accionar y de la apertura a un diálogo emocionado en una interacción que no niegue el conflicto sino que reconozca la diferencia como la única vía hacia la evolución.”

Donella y Dennis Meadow, van más allá, al señalar que “una red es por definición, no jerárquica. Es un tejido de conexión entre iguales”.<sup>26</sup>

Aceptar el desafío de funcionar como una organización en red parece ser una empresa mayor, que exigirá de todos y cada uno de sus integrantes un esfuerzo por modificar antiguas estructuras de pensamiento y entrar a una aventura difícil, pero apasionante: la de confiar y creer en uno mismo y también en los demás, la de sentir que todos somos necesarios y que podemos cooperar en vez de competir, y asociarnos en lugar de dominar.

Parece ser entonces que los lazos de cooperación que se den entre los integrantes de las redes y la unión de sus voluntades influirán en el éxito del proceso de Reforma, que tiene una importancia gravitante no sólo para los chilenos individualmente sino que también para el desarrollo del país, en el cual la salud es un factor fundamental.

### **Complejidad**

El concepto de la complejidad desarrollado por el filósofo francés Edgar Morin, permite comprender que las redes son complejas y se dan en un universo complejo y que la organización en red ayuda a manejar esa complejidad y a desenvolverse dentro de ella. Explicita que no es posible moverse dentro de la complejidad apelando al reduccionismo, sino que para ello es preciso “pensar en complejo”, aceptando las contradicciones, las diferencias y la incertidumbre como algo propio de la vida: “En un sentido, la complejidad siempre está relacionada con el azar ... pero no se reduce a la incertidumbre, es la incertidumbre en el seno de los sistemas ricamente organizados. Tiene que ver con los

25 Dabas, E. y Najmanovich, D: Redes. El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Parte 1, capítulo 1: El lenguaje de los vínculos. De la independencia absoluta a la autonomía relativa. D. Najmanovich. Paidós, 1995.

26 Meadows, D: Más allá de los límites del crecimiento. Madrid, Aguilar, 1993

sistemas semi aleatorios, cuyo orden es inseparable de los azares que incluyen”. Por lo tanto, la complejidad y el azar no deben ser vistos como amenazas o peligros, sino como factores a tener en cuenta cuando se actúa dentro de una red.

Dicho de otro modo, la noción de complejidad deja fuera la aplicación estricta del determinismo. Morin plantea que el determinismo “oculta el riesgo y la novedad”, y que no es posible aplicar artificialmente lógicas mecánicas a los problemas de lo viviente y lo social. En esa perspectiva entonces, la gestión en redes no debiera tener miedo a buscar nuevos caminos de solución a los problemas que enfrenta sólo porque éstos no están descritos en ningún manual. En qué manual, por ejemplo, estaba escrito que hacer reír a los niños podía ayudar en sus terapias o, al menos, aliviarles el dolor, hasta que comenzó a hacerlo el médico norteamericano Patch Adams.

## Dinamismo

Los teóricos de la gerencia moderna denominan “organizaciones inteligentes” a las que, entre otros aspectos, se caracterizan por estar en constante aprendizaje y en continuo perfeccionamiento.<sup>27</sup> Esto implica que las innovaciones las introducen responsablemente, y tanto los gestores como todos los integrantes de la red se mantienen atentos a detectar los errores que puedan estar cometándose en los procesos de innovación, enmendándolos oportunamente. Para ello, cuentan con métodos tempranos de monitoreo, y con sistemas de evaluación y autocorrección de los procesos. De este modo, van generando un aprendizaje y un conocimiento que se acumula a lo largo de la vida personal e institucional y que va traspasándose en la interacción entre unos y otros integrantes de la red.

Al respecto, Clifford Geertz se refiere a este punto en los siguientes términos: “La religión basa su teoría en la revelación, la ciencia en el método, la ideología en la pasión moral, pero el sentido común se basa precisamente en la afirmación de que en realidad no dispone de otra teoría que la vida misma”.<sup>28</sup>

En esta misma línea, pero desde otra perspectiva, el físico, filósofo y Premio Nobel, Ilya Prigogine, definió las estructuras disipativas, que son la aparición del orden en condiciones alejadas del equilibrio. Ello significa que orden y equilibrio no son sinónimos, lo que es importante para el funcionamiento de las organizaciones en red. Así, en el mundo físico las estructuras disipativas permiten concebir y modelar la forma en que el desorden genera orden. A través de ínfimas fluctuaciones (bifurcaciones), a partir del caos y lejos del equilibrio, se constituyen nuevas organizaciones complejas.<sup>29</sup>

En ese sentido, la disipación se refiere a un proceso por el cual la energía desaparece gradualmente sin que ello signifique la muerte o destrucción de un sistema, el que sólo abandona su estructura presente para reorganizarse, asumiendo una nueva forma y readaptándose a su entorno. Así, la actividad disipativa es necesaria para generar un nuevo orden, porque las estructuras de esta índole son una forma avanzada de autoorganización que permite al sistema renovarse permanentemente.<sup>30</sup> Esto se aplica al proceso de Reforma a la Salud en Chile, donde las viejas estructuras y los viejos paradigmas están dando paso a la gestión en redes, en las cuales el dinamismo es una característica distintiva.

27 Entre otros, Peter Senger, en su libro *La Quinta Disciplina* y David Garvin en su artículo *Building a learning organization*. *Harvard Business Review* 71, N° 4. Julio-Agosto de 1993. Pp. 78-92.

28 Geertz, C.: *Conocimiento Local*. Barcelona: Paidós, 1984.

29 Spire, A.: *El pensamiento de Prigogine*.

30 Friedmann, R

Prigogine recalca que cerca de los equilibrios hay pocas soluciones posibles y que lejos existen muchas soluciones. Por ello, plantea la importancia de preservar los recursos del desorden para que el orden que ha comenzado a surgir no lo sujete como una amarra y le impida modificar y utilizar su libertad inicial. Así, en las sociedades hay comportamientos coherentes dados por hábitos, conductas, esquemas de trabajo y distribuciones horarias, pero también surgen comportamientos diferentes que se constituyen en vehículos de cambio.

La capacidad de las redes de innovar tiene que ver con su capacidad de permanecer y de convertirse en lo que los biólogos chilenos Humberto Maturana y Francisco Varela llaman organizaciones autopoieticas<sup>31/32</sup>, esto es con la capacidad de producirse a sí mismas y recrearse continuamente. Ello las dota de autonomía y al mismo tiempo de capacidad de supervivencia.

### **Incertidumbres y certezas**

Al interior de la red, las decisiones no son totalmente unipersonales, puesto que, aún cuando las tome una sola persona, surgen del diálogo, la información y la participación que recorre toda la red. Esto puede interpretarse como distribución del poder o aflojar el control, abandonando algunas certezas y aceptando la intromisión de la incertidumbre, lo que representa un fuerte y difícil cambio cultural para las organizaciones jerárquicas que, por largo tiempo, han funcionado bajo el paradigma positivista.

Cuando se acepta la incertidumbre, ya no es factible afirmar la total, inequívoca y absoluta ausencia de error. Entonces, queda solamente la opción de aventurar dentro de qué márgenes se encuentran las posibilidades de equivocación. Kreps y Hawking hablan del riesgo como de la incertidumbre valorada.<sup>33</sup> Es importante que dentro de las redes siempre fluya la información que proporcionan la investigación científica y la probabilidad estadística y que permiten prever el comportamiento del azar con menos márgenes de error.

Abandonar las certezas equivaldría a trascender las creencias personales y liberar a la mente de la adhesión ciega a lo conocido, por donde se transita sin temor a errar. Así, es posible, la apertura a posibilidades que antes ni siquiera se avizoraban y que, para los teóricos de la nueva gestión pública, representan oportunidades de crecimiento personal y organizacional. Para emprender esos caminos nuevos, las herramientas que más sirven son los ojos abiertos, los sentidos alerta, el conocimiento acumulado, la experiencia directa, la intuición y, sobre todo, el sentido común. No menos importante es no perder de vista los contextos histórico y geográfico en que se desarrolla la red, y su pertenencia a una macro red nacional.

En resumen, la gestión en red no significa anarquía ni desgobierno, sino relevar la importancia de la capacidad de innovar, de imaginar y de crear, para lo cual es esencial mantener abiertos ciertos espacios de libertad.

31 Maturana, H. y Varela, F.: El árbol del conocimiento, Editorial Universitaria.

32 La autopoiesis es la propiedad de los cuerpos vivos de existir mediante la unión de millones de células que nacen y mueren a lo largo de la vida manteniendo al organismo inmutable en su esencia (como ser humano, como planta, como planeta, como alga, etc.) y, a la vez, en permanente cambio y evolución, lo que se grafica fuertemente al contrastar la imagen de una misma persona recién nacida y durante su vejez. Es el mismo ser humano, aunque su apariencia sea muy distinta y sus células hayan cambiado muchísimas veces.

33 Hawking, Ian: El surgimiento de la probabilidad, 1995 Gedisa Barcelona; Kreps, D.: Curso de Teoría Macroeconómica McGraw Hill, 1998.

## II. Características generales de una red

Las redes sociales pueden adquirir diferentes formas y denominaciones, tener diversos tamaños e interrelaciones entre ellas o distinguirse por el ámbito geográfico que abarcan. Además, redes distintas pueden vincularse unas con otras, en cuyo caso forman una macro red.

En todas ellas, es posible distinguir los mismos elementos estructurantes. Estos son: la existencia de nodos, de elementos vinculantes, un lenguaje comunicacional y la información que circula en su interior.

### ¿Qué hace red a una red?

Es válido preguntarse ¿qué hace que una red sea tal y no sólo una organización de cualquier otra naturaleza?

La caracterización de una red puede hacerse desde distintas perspectivas.

Desde una perspectiva de fines: la red es un conjunto de personas, instituciones y/o enlaces que obran de común acuerdo con el fin de conseguir un objetivo, inspiradas explícita o implícitamente en determinados valores o principios. Por lo tanto, para que una red sea tal, tiene que existir una cultura compartida entre sus miembros (objetivos, valores y principios). Sólo así, se logran redes con un funcionamiento fluido, con personas motivadas y que se apoyan mutuamente.

Por otra parte, desde una perspectiva física la red aparece como puntos (nodos) unidos entre si por enlaces. En el caso de las redes sociales, estos enlaces generalmente no son físicos ni visibles (salvo cuando se forma una ronda de personas tomadas de las manos), pero existen, y para efectos de graficar la red suele representárselos como líneas de unión que van estableciendo interrelaciones múltiples entre unos y otros integrantes de la red (imagen 1).

**Imagen 1: Entramado de red**



La estructura de red muestra que no hay preeminencias notorias entre los nodos, como sucede en el caso de las estructuras jerárquicas, que se grafican como pirámides, y donde el flujo de información siempre desciende y rara vez sube. Sin embargo, las redes tampoco



son exactamente horizontales, porque en ese caso se graficarían como una sola línea recta. Más bien, ellas son enjambres o entramados compuestos por los vínculos entre los distintos nodos. Así visto, la importancia de un nodo tal vez podría medirse por la cantidad de enlaces que tiene con los demás nodos de la red.

Desde una perspectiva lógica, lo que interesa es el tratamiento de la información: como ésta pasa de un punto a otro y como es tratada en cada nodo o estación. Una característica de las redes es la circulación de información a través de sus nodos; de hecho, las redes están unidas gracias a la información que circula a través de ellas y a la comunicación que se verifica en su interior, tal como las células de los cuerpos vivos permanecen juntas en virtud de la información que transmite el código genético. Cada nodo de la red debe tener toda la información que requiere para que despierte en su interior un sentimiento de pertenencia y adscripción a la red y que le permita cumplir con los roles que tiene asignados.

En las tres perspectivas señaladas lo común es la existencia de conexión o vínculos entre puntos (nodos), y la existencia de movimiento al interior de la red.

### Los nodos

El componente base de la red es el nodo o célula, que puede ser tanto uni como multipersonal, entendido como nodo a un equipo, unidad, establecimiento o institución. Porque en definitiva el nodo es una abstracción que permite indicar la existencia de un punto, lugar, persona o personas donde se entrelazan dos o más vías por las que circula la información en todas las direcciones.

Los nodos son agentes o actores del sistema, ubicados, en forma estable en un punto determinado en su interior, encargados de tomar decisiones o ejecutar acciones (solicitar o no un examen, por ejemplo) y de retransmitir y difundir información (como puede ser notificar a todos los organismos correspondientes de la existencia de un caso de cólera). Se diferencian de la información y, en el caso de las redes de salud, del usuario, ya que estos dos últimos fluyen a través de la estructura y, por lo tanto, suelen estar en movimiento.

Es importante destacar que cuando la información llega a un nodo es utilizada por éste para seguir un conjunto de procedimientos (como solicitar nueva información, emitir un resultado o juicio, o simplemente almacenarla para su uso posterior), para responderla y/o, retransmitirla.

Los nodos se diferencian según la cantidad de conexiones o vínculos que tienen con otros nodos y la frecuencia con la cual utilizan estas vinculaciones, así como por el rol que cumplen en la práctica. La red muta, evoluciona y se perfecciona a través de las modificaciones que experimentan en el tiempo las relaciones o vínculos entre los nodos, así como el rol que cumple cada uno.

### Vínculos

La calidad de las redes se fortalece por la profundidad, solidez y fluidez de los vínculos (enlaces) que se establecen entre sus nodos, los que se van construyendo y profundizando a lo largo del tiempo. Por ejemplo, cuando se activa una red de emergencia en un Servicio

de Salud, ocurren múltiples interacciones y concatenaciones de acciones que permiten que en un corto plazo un paciente con riesgo vital sea atendido. Esa especie de coreografía que se desencadena, es producto de una serie de movimientos repetidos, muchas veces, por el personal de salud y que es aprendida rápidamente por quienes comienzan a integrarse a los equipos.

En la Red Pública de Salud los enlaces son las interacciones personales formales e informales que sostienen sus integrantes en el trabajo cotidiano; las comunicaciones telefónicas; los correos electrónicos que se intercambian; los memorandum que circulan; las reuniones de trabajo e informativas; y, de manera muy importante, los sistemas de referencia y contra referencia.

Las redes sociales son entidades dinámicas que pueden sufrir procesos de fortalecimiento y debilitamiento dependiendo de las fuerzas que operan sobre ellas y/o que surgen en su propio interior. Sin duda, para que la conexión o vinculación entre los nodos sea efectiva, se requiere de la voluntad de todos sus participantes. En otras palabras, los diseños institucionales pueden favorecer la formación y consolidación de las redes estableciendo políticas y diseños de flujos de comunicación interna claros y conocidos por toda la red y generando mecanismos de enlace que simplifiquen, estandaricen y fortalezcan la circulación de información. Pero, por sobre todo, para consolidar las redes debe despertarse la voluntad de todos sus integrantes de vincularse y trabajar en forma conjunta.

Así, pensar en términos de red tiene como ventaja favorecer la mirada sobre el tipo de relaciones que se dan entre los nodos, así como las funciones que los nodos cumplen dentro de un sistema para conseguir un fin común a dicho sistema.

Una de las formas en que se puede caracterizar estas relaciones (vínculos) entre los distintos nodos (personas, equipos, unidades, establecimientos, instituciones) es a través del manejo de poder que se da tanto en su interior como en su relación con el exterior. En las redes, el manejo del poder está supeditado al logro de los intereses comunes. Por lo tanto, para ejercer liderazgo en ellas no parecen tan importantes los cargos (que dan autoridad nominal) como los reconocimientos de los demás nodos de la red (que dan legitimidad y, por lo tanto, autoridad real).

## **El lenguaje**

Para que la información fluya a través de los nodos y se produzca la comunicación entre ellos es necesario que exista un lenguaje común a toda la red. Esto, que en teoría parece obvio, en la práctica no lo es tanto.

Los lenguajes específicos, si bien pueden mejorar la efectividad y eficiencia de la comunicación entre un grupo de agentes o nodos que comparten esos lenguajes (nomenclatura médica, términos económicos, léxico sociológico, etc.), constituyen una barrera para la incorporación de otros a las conversaciones que sostienen los especialistas quienes, al final, terminan siendo una especie de “iniciados” que se separan del resto mediante el lenguaje. En ese sentido, el lenguaje termina convirtiéndose en un instrumento de poder y en un elemento excluyente de quienes no lo dominan.

La existencia de un lenguaje común al interior de la red se vincula con la existencia de una cultura compartida, lo que no debe confundirse con que en la red deba existir un único



lenguaje, y una única cultura, sino que exista un lenguaje comprendido por todos, que sea el que se hable en común, independientemente de que existan códigos específicos que faciliten o simplifiquen la interacción entre expertos. El lenguaje es una construcción colectiva e histórica y, por lo tanto, dinámica y sujeta a mutación.

Las redes se encuentran insertas en realidades concretas donde las palabras tienen una carga de valor y un sentido.<sup>34</sup> Cuando se gestiona en red debe apelarse a la inteligencia emocional en el diseño, análisis, evaluación e interpretación de las comunicaciones que se dan dentro de la red. Por ejemplo, la importancia de tener en cuenta al enviar mensajes, quiénes y como son las personas que los recibirán y como podrán ellas interpretarlos. Del mismo modo, al recibir y decodificar mensajes, no sólo debe interpretarse literalmente lo que ellos dicen, sino que también ayuda saber leer entre líneas lo que no está dicho, pero que puede entenderse a partir de las actitudes y otras fuentes de información.

### La circulación de la información

La información y los usuarios (que en sí mismos también son una fuente de información) fluyen a través de los vínculos o enlaces entre los nodos. Para conocer la posición en que éstos se encuentran al interior de la red y cuáles son las probables rutas o caminos que pueden seguir, es necesario esquematizarla, definiendo -sin limitar- quiénes y qué son los nodos que la componen, así como en qué consisten las conexiones o vínculos.

El visualizar la red, especialmente cuando es compleja, permite percibir que existe un conjunto de caminos y de múltiples opciones de estos por los cuales la información puede transitar.

Un caso particular, es el de la conexión que se da a nivel de las macro redes. En ese caso, no es toda una red la que interactúa con toda otra red, sino que el contacto (o intercambio de información) entre o inter redes suele ocurrir a través de determinados nodos que se encuentran facultados para ello desde una perspectiva formal.

La imagen 1 muestra un recuadro de una macro red que se encuentra compuesta por sub redes que tienen una forma de hexágono (seis lados), una de las cuales se encuentra pintada en azul. En el caso de la red allí esquematizada el contacto ocurre entre los nodos que componen la frontera o borde de la sub red. En cambio la imagen 2 presenta dos redes, una conformada por los nodos N1 a N5, y sus respectivas conexiones, y otra formada por los nodos p1 a p5, y sus vínculos. En este caso, la conexión o vínculo entre redes se realiza sólo por intermedio de los nodos p1 y N5.

Imagen 1: Entramado de red

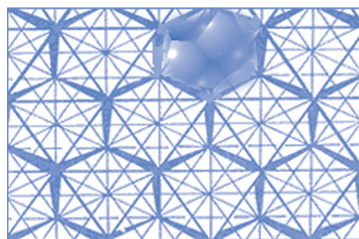
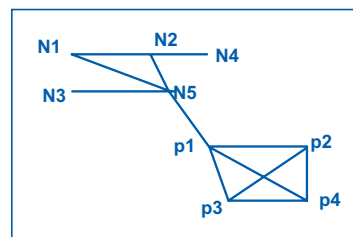


Imagen 2: Interconexión de redes



<sup>34</sup> Al respecto se debe tener en cuenta que la cultura entrega los códigos a partir de los cuales se plantean las categorías conceptuales. Cultura es la colección, públicamente compartida, de principios y valores usados en un tiempo cualquiera para justificar una conducta. Ello significa que es a través de las categorías (clasificaciones) que se entiende el mundo. Así, "(...) para los humanos, la supervivencia incluye el tipo humano de comunicación, y ello implica el establecimiento de categorías conceptuales para el discurso público." Esta cita da cuenta de que a nivel público o macro se requiere de conceptos comunes. (Mary Douglas: La aceptabilidad del riesgo en las ciencias sociales).

Los casos esquematizados en las imágenes 1 y 2 muestran distintas soluciones para conectar o vincular redes. En el caso de la Imagen 1, la posibilidad de comunicación entre las sub redes es mayor puesto que no depende de un sólo vínculo. Al mismo tiempo, la imagen 2 muestra una mayor fragilidad, porque si se quiebra el vínculo entre p1 y N5 las redes se desconectan.

Es difícil pensar en una red que sea completamente autosuficiente, y que por lo tanto no requiera de conectarse con otras redes. Si fuera así, poco importaría la finalidad de la red cerrada, puesto que la mayor parte de los esfuerzos estaría dirigida a mantener y defender su identidad y no a cumplir sus objetivos. Por el contrario, la gestión en redes presupone la convicción de que siempre es posible requerir de otros o bien aportar a otros, mediante conexiones esporádicas o puntuales inter redes o, directamente, mediante la constitución de macro redes, cuando se percibe que una vinculación permanente es útil para todas las redes integrantes.

Así, a grandes rasgos, una red puede caracterizarse por la cantidad de nodos que participan en ella, por la capacidad de vincularse que tienen los nodos entre si y por el uso que se da a esa capacidad de vincularse, es decir, el movimiento de información al interior de la red. Caracterizar a las redes en estos términos es útil porque permite tener nociones del tamaño, la densidad y el uso efectivo de los mecanismos de enlace con que cuenta.

### **III. La Gestión en Red**

Las particularidades propias de la gestión en red se refieren, más que a disciplinas o actividades distintas, a modos de gestión diferentes. Porque lo que fortalece a la red no es otra ciencia, sino que fundamentalmente una cultura y una filosofía diferentes de las que inspiran a las organizaciones positivistas y jerárquicas, no obstante compartir algunas normas de gestión y que las desarrollan de igual manera.

#### **Instalar una cultura de red<sup>35</sup>**

La primera tarea a realizar cuando se gestiona una red es instalar los valores, principios y objetivos comunes como centro y motivo de su accionar, que en el caso de la red pública de salud, la Reforma ha insistido en que el usuario es su razón de ser y, al mismo tiempo, el eje sobre el cual deben funcionar las redes, respetando los principios de: el derecho a la salud, la equidad y la solidaridad en salud, así como el uso eficiente de los recursos.<sup>36</sup>

La gestión en red requiere un cambio de una cultura organizacional tradicional a una donde se tenga capacidad de ver y escuchar al otro, y de poner en el centro el propósito o fin común de la red. Ello guarda directa relación con las características del liderazgo y el ejercicio del mismo, así como con el compromiso de quienes componen la red y de sus intereses.

<sup>35</sup> La cultura organizacional es un sistema de valores y creencias que comparten las personas de una misma organización, que guía su comportamiento laboral y que otorga una identidad y un significado colectivo a su quehacer.

<sup>36</sup> Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes, División de la Gestión de la Red Asistencial: Modelo Integral de Atención en Salud, marzo de 2005.

## Entretejer relaciones

Dado que la red está sostenida principalmente por los enlaces que se producen en su interior, el ejercicio del liderazgo consiste básicamente en entretejer relaciones, lo que debe ser comprendido y asimilado por todos quienes forman parte de la red. Como señala Max de Pree "... el arte del liderazgo es dejar a cada uno en la libertad de hacer lo que se requiere de él de la manera más efectiva y humana posible".<sup>37</sup>

Y, es posible agregar, el arte del liderazgo en red es la capacidad de despertar y estimular en las personas el deseo de superación, la confianza en sí mismas a partir de un análisis realista de las capacidades de cada quien, el auto respeto, el respeto a los demás, y la mística. Esto último lo aporta el sentido de misión. Porque en la esencia más profunda de cada uno de los seres humanos subyace el arquetipo del héroe y de la heroína: aquellos seres capaces de jugarse la vida por un alto ideal. En ese sentido, la misión debe ser el resultado de un largo y profundo proceso de reflexión colectiva en el que hayan participado todos y cada uno de los nodos y células de la red. Lo que verdaderamente cuenta es que esté inscrita en los corazones de los nodos de la red y se lleve a la práctica en el accionar cotidiano. Sin embargo, vale la pena reavivar constantemente aquello que impulsa a trabajar con entrega y ahínco.

Vale tener presente que, desde una perspectiva formal, contribuyen a fortalecer los enlaces entre los nodos aquellos instrumentos que dan la posibilidad de generar reglas de comunicación (protocolos); posibilitar la generación de acuerdos y su formalización por intermedio de contratos y convenios. Lo importante, en estos casos, es que dichos instrumentos estén escritos en un lenguaje compartido por todos los integrantes de la red, de modo que no haya lugar a equívocos en su utilización. Al respecto, antes de masificar el empleo de un instrumento de esta naturaleza es conveniente testear su comprensibilidad y la facilidad de su uso.

La mayor eficiencia y eficacia de las redes ocurre cuando, más allá de las leyes y las órdenes, se produce la adhesión voluntaria de los miembros gracias al convencimiento de que se trata del mejor modelo de gestión. La adhesión a la red puede motivarse por tener fines comunes a los perseguidos por otros nodos, o por percibir que al ser parte de ella se posibilita la supervivencia con un nivel de esfuerzo menor al requerido individualmente. En ambos casos, quien adscribe a la red la ve como una entidad que crea valor.

## Reglas de decisión

La red provee de un espacio donde el prestigio y credibilidad importan y, por ende, el quiebre de compromisos y la ausencia de cooperación pueden ser penalizados mientras, por el contrario, mantener los compromisos a firme y una actitud de equipo debiera tener recompensas concretas o simbólicas. Por lo tanto, el primero en cumplir los compromisos y en demostrar espíritu de cooperación tendría que ser el propio gestor de redes quien, desde la confianza así construida, estará en condiciones de establecer un sistema de penalización a las conductas disfuncionales al espíritu de la red y de premiación o reconocimiento a las conductas positivas.

37 Max de Pree. "El liderazgo es un arte. Hacia una organización más humana, participativa y creativa". Javier Vergara Editor, Buenos Aires 1993.

Lo ideal es que dicho sistema de incentivos y desincentivos sea socializado y discutido abiertamente dentro de la red, de modo que todos los nodos puedan internalizar no sólo su existencia, sino que también su justificación y su importancia como método de gestión.

Dicho sistema debe cumplirse, porque en la medida en que haya quienes lo transgredan sin sufrir consecuencias, se estará desmotivando al resto de la red, provocando un desánimo generalizado que puede ser muy nocivo para el cumplimiento de los objetivos comunes.

La red es una forma de organización que potencia la innovación, y la gestión en redes debiera velar porque haya una flexibilidad suficiente para dar espacio a la iniciativa y la creatividad, y que aquello que es indispensable normar sea conocido, comprendido e internalizado por todos los nodos.

En este sentido sirven las reglas de decisión, que se refieren a cómo una organización define quién puede o no puede hacer qué, cuándo y dónde. En el espíritu que se han señalado, esas reglas de decisión debieran, en lo posible, surgir a partir de un debate que cruce toda la red (o todos aquellos segmentos de la red que serán afectados), o al menos socializarse y consensuarse para que no sean algo ajeno, sino compartido. La necesidad de adoptar acuerdos surge así del hecho que la libertad y la capacidad de hacer de cada uno de los distintos nodos de la red se conforma en relación con los otros nodos.

Estas reglas de decisión pueden dejar abiertas más o menos opciones (grados de libertad) a quien autoriza a hacer y también dar la posibilidad de que cualquier elemento (nodo) de la red pueda, en determinadas circunstancias, representar un papel crucial en el comportamiento del conjunto.

### **Importancia del diálogo**

Los compromisos y acuerdos que se adoptan al interior de la red no son estáticos e inamovibles ya que suelen establecerse en virtud de realidades dinámicas que, al variar, pueden llevar a que ellos deban modificarse. Pero, en esos casos, el proceso de revisión y cambio debiera ocurrir sobre la base de un diálogo abierto y transparente que permita la expresión de todas las posiciones y que ellas sean integradas en un consenso satisfactorio para todas las partes. Eso no quiere decir, que sea necesario, sancionar engendros o injertos que le den el gusto a todos, sino que optar por decisiones racionales a las que se llega mediante el convencimiento y no por la imposición. Es cierto, que es un camino más largo y trabajoso que escribir un memorandum que revoque órdenes anteriores y dé otras nuevas. Pero es más efectivo en términos de que los nuevos acuerdos serán más sólidos, tendrán una mayor adhesión y, finalmente, lograrán mejores resultados.

Al respecto, la gestión en redes debiera incorporar, al menos para sus comunicaciones estratégicas, el uso de algunas herramientas que le permitan no sólo escuchar lo que otros dicen, sino también decodificar lo que quieren decir y entender por qué lo dicen. Entre estas herramientas se cuentan mecanismos de análisis de discurso y contenido y nociones de comunicación no verbal, por ejemplo.

La red es un espacio donde el aprendizaje continuo es posible y se da no sólo a través de cursos de perfeccionamiento o de la práctica cotidiana, sino que también por medio del diálogo y la interacción con los demás.

Una vez que se adopta el diálogo como mecanismo para alcanzar acuerdos, no significa que se exija la unanimidad para tomar decisiones. La unanimidad tiene como una potencial consecuencia el inmovilismo por cuanto entrega a una minoría el poder de vetar, lo que puede evitar o dilatar en exceso la toma de decisiones. En ese sentido, la votación es un procedimiento que permite zanjar diferencias y llegar a una posición compartida,<sup>38</sup> pero que no reemplaza al diálogo, sino que lo complementa y le sigue.

Otra cuestión importante es definir y seleccionar cuáles son aquellos hechos o acciones que requieren ser analizados y debatidos para llegar a acuerdos. Ello, en definitiva, alude a cómo se construye la agenda, que corresponde a la distribución en el tiempo de los temas a tratar en conjunto por la red, donde algunos emergen, otros son resueltos o abandonados, y otros revisten un carácter más permanente.

En la construcción de la agenda influye la importancia y urgencia de los temas, categorías que dependen de la valoración que les da la red, así como la localización de cada tema en particular dentro de estas categorías. Por ejemplo, en el capítulo de casos, se verá que en la macro red de Servicios de Salud de la Quinta Región, la agenda se inició con el análisis de un problema puntual (importante porque estaba a punto de generar una crisis) vinculado con los tratamientos de cáncer. Dados los buenos resultados obtenidos al tratar y resolver este hecho en forma conjunta por todos los Servicios involucrados, se decidió mantener el sistema, conformando en la práctica una macro red que en un año y medio ha abordado una temática que abarca alrededor de 14 tópicos, algunos de los cuales están resueltos mientras otros avanzan en la búsqueda de soluciones.

En otro aspecto, debido a que el diálogo se produce cuando se comparte información, los protocolos son un instrumento que contribuye a ello. Éstos son pautas comunes, relativas a las formas, para la transferencia de información y para definir el modo en que es recomendable que se desarrollen ciertas acciones. Se encuentran establecidos por la costumbre (informales); por la regulación (formales), o bien por una mezcla de ambas (cuando han surgido de la costumbre y luego se formalizan).

Así, los protocolos<sup>40</sup> son una forma mediante la cual se sistematiza y acumula el saber respecto a los procedimientos para comunicar y hacer, así como aquellos sobre los contenidos de la comunicación. El saber puede provenir tanto de la costumbre, la experiencia, como del conocimiento del experto o de la comunidad. Entonces, la red también es un espacio donde se construyen los protocolos, y con especial énfasis, pues es en ella donde se prueban, operacionalizan y muestran sus fallas. Por tanto, la gestión y el liderazgo en red pueden tender a potenciar y recoger esta experiencia.

38 La ventaja del medio de votación donde las decisiones se adoptan por mayoría es que el peso de todos los integrantes en la decisión es el mismo. En general, cualquier otra regla de votación implica que en algún punto se concentra el poder de decisión. Ejemplos de ello son que alguien pueda resolver en caso de no llegar a consenso (árbitro arbitrador), o las juntas de accionistas donde el poder de decisión de una persona se relaciona con la cantidad de acciones que posee.

39 A grandes rasgos los temas se pueden clasificar en: a) Urgentes e Importantes; b) No urgentes y No Importantes; c) Urgentes y No Importantes; d) No Urgentes e Importantes. La calidad de urgente o importante del tema es definida por los propios nodos de la red.

40 En términos jurídicos internacionales un protocolo es un mecanismo o acuerdo adicional a un tratado, que introduce aspectos no abordados. En términos de tecnologías de la comunicación los protocolos son una normativa de principios de intercambio de información y de direccionamiento de ésta. El protocolo más conocido es el utilizado en Internet, denominado TCP/IP (Transmission Control Protocol/ Internet Protocol). En términos médicos, el protocolo entrega instrucciones sobre manejo operativo de problemas de salud determinados, los que serán de carácter referencial. Estos protocolos sólo son obligatorios -mediante resolución- en caso de que exista una causa sanitaria que lo amerite (Ministerio de Salud, Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. "Instructivo: establece requisitos básicos para la elaboración de guías clínicas y protocolos del Ministerio de Salud").

## La comunicación<sup>41</sup>

Una adecuada de red requiere una política de comunicación que se inserte en la misión, visión y cultura de la organización. Su tarea es enfocarse a construir, fortalecer y proyectar una identidad corporativa de la red

En el caso de las redes de salud, la identidad corporativa es el modo en que ellas se muestran hacia la comunidad de la cual son responsables, hacia las autoridades que las fiscalizan y hacia la opinión pública en general. Esa identidad corporativa se refleja tanto en las comunicaciones externas oficiales (diarios, páginas web, comunicados de prensa y otros) como en cada una de las acciones, palabras y actitudes de sus funcionarios.

En el plano interno, el propósito de las comunicaciones es trabajar con todos y cada uno de los integrantes de la red, involucrándolos en la formación de un gran equipo, de manera que nadie quede ajeno a los procesos que se viven en su interior, y en un clima de confianza puedan expresar con libertad tanto sus aportes como sus críticas. El crecimiento de la red se verá fortalecido en gran medida por la forma en que éstas se recojan, analicen y se encaucen en un sentido positivo.

El identificar los flujos informales de comunicación que operan tanto al interior de cada uno de los nodos, como entre unos y otros nodos, es importante, ya que a través de ellos circula información que a la larga puede tener una importancia gravitante en el desarrollo de la red y a través de su manejo con sentido estratégico se pueden reforzar los objetivos comunes, o, al menos, neutralizar ciertos efectos dañinos que se pudieran provocar por rumores, desinformación o informaciones incorrectas.

En el plano externo, la política comunicacional debiera orientarse al sobre qué comunicar, por qué comunicar, a quiénes comunicar, cuándo comunicar y a través de qué medios. Porque no es lo mismo comunicar algo a las autoridades legislativas que a los usuarios y usuarias. Un manejo inadecuado puede transformarse en una crisis comunicacional, algunas veces amplificadas por los medios de comunicación. Una eficiente política permitiría evitarla o actuar anticipadamente.

## La coordinación y la transparencia

En la red, el liderazgo parece legitimarse más por la capacidad de coordinar que de ordenar o dicho de otra forma ordenar por medio de la coordinación, pues este último factor va reforzando la interdependencia entre los diferentes nodos y, por tanto, fortaleciendo a la red.

La coordinación apela a la capacidad de manejar conflictos y contradicciones, transparentando para ello la complementariedad e independencia que tienen los distintos nodos que adscriben a la red. Por lo tanto, la gestión de redes debiera orientar sus esfuerzos a administrar y resolver los conflictos, no a reprimirlos, ignorarlos o posponerlos, ya que esto sólo da tiempo a que se agraven, desembocando en crisis crónicas y/o inmanejables.

---

<sup>41</sup> En anexo N° 2 La comunicación en red, se profundiza sobre este tema



A ello contribuye enormemente la cultura del diálogo, que se va construyendo diariamente a través de la práctica.

En aquellas redes y en aquellos puntos de la red donde el modelo jerárquico está muy arraigado, no puede aspirarse a transitar de un día para otro al nuevo modelo de gestión, pero sí debiera ir avanzándose paulatinamente hacia él y entrenando a todos los integrantes de la red en la nueva manera de interrelacionarse. Porque el diálogo no sólo es difícil para quien está en una posición de autoridad. A veces, es más complicado, para los subordinados, quienes tienen recelo de mostrar francamente sus opiniones y sentimientos por miedo a ser descubiertos en posibles errores o mal interpretados. Hay una labor pendiente que es generar un clima de confianza y respeto mutuo.

La coordinación en la red se sustenta en comunicaciones francas y auténticas, donde deben evitarse las restricciones o celos excesivos en el acceso a la información. Para ello, es apropiado contar con políticas claras, que distingan entre la información, que por razones estratégicas o de protección de la intimidad de los pacientes debe ser reservada o tratada confidencialmente, de aquella otra información que puede ser pública y que incluye, por ejemplo, las estadísticas que son útiles no sólo para evaluar desempeños, sino que también para efectos de investigación y elaboración de propuestas. La divulgación de cierta información no sólo aporta a la transparencia, que es una característica fundamental para las redes, sino que también contribuye al diálogo interdisciplinario entre todos sus integrantes.

La red es un espacio donde se reconoce la diversidad y el aporte de esta, y donde cada nodo se encuentra llamado a realizar un aporte desde su especificidad al propósito común. Así, la posibilidad de contribuir e innovar no es privativa de quienes tienen cargos directivos, sino de todos quienes participan en la red. Por ello el valor y la importancia del “trabajo bien hecho” debiera ser parte importante de la filosofía que inspira la gestión en red.

Sin embargo, lo esencial de la red es la interconexión bajo un esquema de confianza mutua, que puede trasladarse a documentos escritos que establezcan compromisos entre los nodos. Ejemplo de ello, son los compromisos de gestión. La ventaja de estos instrumentos es que generan una pauta clara, a través de la cual quienes participan en la red pueden orientar sus acciones y quehacer.

### **Economías de escala y de ámbito**

Otros de los factores que dan valor a la pertenencia a la red son las llamadas economías de escala o de ámbito. Las primeras están presentes, cuando el costo de producir una unidad adicional decrece con la cantidad de unidades producidas. Ello típicamente ocurre, cuando los costos fijos son elevados, como son los casos de productos o servicios donde el mayor componente de costo se sitúa en investigación y desarrollo (fármacos, cosméticos, tecnologías médicas), o en los que el costo de infraestructura es alto (hospitales, estadios, centrales hidroeléctricas, o caminos). En este caso, la eficiencia tiende a la existencia de grandes productores u otros de menor tamaño, que se asocian para producir en conjunto y así obtener un producto o servicio al menor costo. En este caso, la cooperación puede orientarse a generar acuerdos para determinar previamente mecanismos de asignación de la función de producción, así como herramientas de control de calidad y sanción.

Las economías de ámbito, por su parte, se refieren a cuando un conjunto de bienes o servicios que es posible de producir sobre la base de la misma estructura productiva. Un ejemplo de ello, es la Base de Datos que pueden dar origen a distinta información según el propósito de la investigación que se realice y la metodología de análisis que se emplee. En este caso, la disponibilidad de escasos recursos en común, permite generar ahorros en los costos de producción, evitando el duplicar esfuerzos.

Las economías de escala y ámbito son un incentivo a la colaboración ya que la existencia de múltiples productores o proveedores de servicios supone un mayor costo para todos. Sin embargo, ello no significa la eliminación de la competencia, ni que no se de respuesta a los compromisos tomados con los diferentes agentes que componen la red. Un costo asociado al incumplimiento de compromisos es la pérdida de confianza.

En este esquema, existen distintos mecanismos de control. Uno de ellos está representado por los contratos, que son los medios jurídicos por los cuales es posible exigir el cumplimiento de ciertas tareas, y que posibilitan que, en caso de incumplimiento, se aplique una sanción. Igualmente existen mecanismos internos de control o sanción para evitar los “abusos de confianza”, los que pueden estar incorporados a los reglamentos organizacionales. También la red puede proveer de mecanismos internos de control social, ejercidos por sus propios nodos y, en el caso de las redes públicas de salud, especialmente por los usuarios quienes, de acuerdo a las leyes de la Reforma, tienen un rol activo que cumplir en esta materia.

La localización de los nodos (centros productivos, de servicios) tiene que ver con condiciones reales de distancia, donde influyen los costos de transportes, monetarios o de tiempo. Esta limitación real -dificultades en la movilidad- ya sea para la realización de servicios o la entrega de productos favorece<sup>42</sup> la integración dentro de un territorio dado, y al mismo tiempo limita -en algunos casos- el alcance de las economías de escala y ámbito.

### **Producción de información y conocimiento**

Uno de los espacios donde la formación de redes tiene un mayor potencial es en la producción y adquisición de información y conocimiento. Ambos bienes tienen como cualidad el que no se agotan en su utilización, sino que por el contrario, las distintas lecturas de los mismos, que dan origen a interpretaciones y reinterpretaciones que van acrecentando su caudal. En ejemplos sencillos, mientras el consumir un helado lo agota, el uso de la información y conocimiento no hace desaparecer esos bienes sino que muchas veces les añade valor.<sup>43</sup>

La construcción de conocimiento es un proceso social: se construye en función de lo ya existente, ya sea por oposición o uso; y las redes proveen de un espacio desde donde se puede aportar a este bien. Como ha señalado Jeffrey D. Sachs: “El atender a la necesidad básica de crear nuevas tecnologías requiere de una gama de nuevos enfoques institucionales, pues los mercados, por si solos, no resolverán los problemas de los bienes públicos globales, tales como el conocimiento. Los mercados generalmente responden

42 Sobre este punto véase Krungmann, Paul. “Geografía y Comercio” Antoni Bosch editor.

43 Ello significa que no existe rivalidad en el consumo.



a las necesidades de los ricos, no de los pobres; y aún en el caso de los ricos, los mercados deben ser complementados por instituciones públicas de una u otra clase.

La gestión en red debe fomentar el uso intensivo de la información y el conocimiento, además abrirse a las nuevas fuentes de estos bienes que cotidianamente se utilizan en el ámbito científico, tecnológico y del desarrollo humano porque así estará haciendo un aporte que incluso puede superar los ámbitos de acción que le son encomendados, convirtiéndose la red pública de salud en un actor importante del progreso del país. Eso no necesariamente es caro, sino que en muchos casos requiere fundamentalmente de la iniciativa y la creatividad de sus integrantes.

## Tercera Parte: La Red Pública de Salud en Chile

### I. Los desafíos de las redes públicas de salud

La primera dificultad práctica con que deberán lidiar las redes públicas de salud en Chile, es que, como tales, son innovadoras en un aparato público que, si bien ha hecho serios esfuerzos por modernizarse, aún arrastra resabios de las organizaciones positivistas y jerárquicas, propias de los siglos XIX y XX, que por largo tiempo imperaron en la estructura institucional del país.

Por lo tanto, en el proceso de transición del sistema público chileno, hoy coexisten dos tipos de organizaciones. Una, la organización rígida y jerárquica, propia de la sociedad post industrial en vías de superación, y otra, la organización flexible y más horizontal, funcional a la sociedad de la información y el conocimiento. Los principales rasgos de ambas sociedades se resumen en la tabla 1 y permiten comprender por qué es tan complejo el proceso de cambio que están enfrentando las organizaciones públicas y privadas para adecuarse a los nuevos tiempos.

**Tabla N° 1: Diferencias entre sociedad post industrial y sociedad del conocimiento**

Ítem o variable	Sociedad post industrial	Sociedad del conocimiento
Fuente de riqueza	Capital	Conocimiento
Tipo de organización	Burocrática	Redes de relaciones
Principios rectores	División del trabajo	Trabajo creativo Orientación a los procesos Autonomía en el trabajo Autoridad basada en las competencias
Estilos de liderazgo	Directivo (autoridad)	Participativo (mentor)

Ítem o variable	Sociedad post industrial	Sociedad del conocimiento
<b>Procesos</b>	Separados por funciones	Visión horizontal
<b>Estructura</b>	Formal/rígida	Virtual/equipos
<b>Personas</b>	Especialistas en ejecutar funciones simples	Calificadas, con visión del proceso global y capacidad de decidir

Fuente: López, J. y Gadea, A.: Servir al ciudadano. Gestión de la calidad en la administración pública. Ediciones Gestión 2000. Barcelona, 1995, p. 158 .

De este análisis derivan los nuevos enfoques sobre el sector público que se están debatiendo a nivel internacional. Estos postulan que “la necesidad de modernizar la administración pública supera con creces una simple remodelación superficial de sus distintas estructuras. En rigor, se está promoviendo un nuevo enfoque de gestión que la transforme en una entidad prestadora de servicios orientada a satisfacer a sus clientes: los ciudadanos” .

Si bien, esta postura, está siendo adoptada paulatinamente por algunos organismos públicos chilenos, el sector salud hasta ahora no había ido tan lejos como para plantear el reemplazo de la estructura piramidal de las organizaciones tradicionales, por el modelo de red que se caracteriza, por ser “una estructura plana, una elevada independencia en cada una de las unidades de organización, una alta multiplicidad de formas de organización localmente diversas y una dirección general basada en objetivos y estrategias comunes”. A las redes públicas de salud les corresponde abrir caminos poco explorados en la gestión pública del país e ir marcando los senderos que, si tienen éxito, después podrán ser recorridos por otros.

La segunda dificultad es que los Servicios de Salud tienen una antigua cultura de la cual debieran desprenderse en buena parte, especialmente en lo que dice relación con sus rasgos jerárquicos, en gran medida burocráticos y con un sesgo paternalista en el trato a los pacientes en quienes provoca una actitud dependiente en lugar de una activa en el cuidado de su salud.

La tercera y mayor dificultad, es la variedad y complejidad del entramado interno de cada red y la diversidad de vínculos e interdependencias que ellas deben manejar.

### Un Estado en transición

Las redes de salud deben nacer, desarrollarse y fortalecerse en el seno de un Estado donde aún no se consolidan los esfuerzos de modernización desplegados hasta la fecha. Además, no existen modelos aplicados en el país o en el extranjero que puedan servir de guía. Esto hace prever que muchas veces chocarán con barreras -algunas perceptibles y otras no tanto- que limitarán la velocidad de su avance.

Un aspecto favorable es la manifestación de la voluntad política del Poder Ejecutivo y del Poder Legislativo en la promulgación de las leyes de la Reforma. Estas, junto con dar un

44 Citado en Friedmann, R.: El Estado lean...

45 Friedmann, R.: El Estado lean....

46 Ibídem.

sustento legal a las redes públicas de atención de salud, las dotaron de un referente en el aparato central de Estado: la Subsecretaría de Redes, y les otorgaron un mandato claro en el cual ampararse al momento de enfrentar alguna dificultad en su interacción con otros organismos del Estado o del sector privado.

El mandato concreto recibido por las redes públicas de atención de salud es poner en el centro de sus preocupaciones la salud de la población. Y ésta tiene rango constitucional, por cuanto forma parte explícita de la Carta Fundamental. Además, integra la Declaración de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas,<sup>47</sup> ratificada por Chile como documento oficial y, adicionalmente, tres de los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio son de tipo sanitarios.<sup>48</sup>

La salud no sólo depende de la atención que la red pueda brindarle directamente, sino que también de las condiciones y la calidad de vida de las personas, en cuyo caso tienen ingerencia otros organismos sectoriales. Las redes deberán establecer vínculos con otros organismos y servicios para buscar en conjunto la solución a determinados problemas que inciden en su quehacer. Donde existen experiencias exitosas, es en relación con el sector educación, pero existen otras posibilidades que irán surgiendo en la medida que las redes maduren, superando etapas y ampliando su rango de acción. Los gestores de red debieran aplicar lo que han aprendido en su quehacer intra red para tender puentes hacia otros servicios y organismos, vencer desconfianzas, y motivarlos a adoptar estrategias comunes y coordinadas para servir adecuadamente a los ciudadanos que, finalmente, son los mandantes del Estado. Las redes de salud pueden constituir una “semilla” que extienda este concepto hacia el resto del sector público.

### La cultura del sector salud

En un sentido positivo, las creencias que integran la cultura facilitan las comunicaciones internas y la toma de decisiones, mientras los valores inciden positivamente en la motivación, la cooperación y el compromiso. Pero, en un sentido negativo, cuando una cultura organizacional arraigada entra en choque con las nuevas definiciones u orientaciones, puede convertirse en un importante escollo para avanzar.

A pesar de su relevancia, la cultura organizacional es un factor habitualmente poco considerado en el ámbito de la gestión. Para adecuarla a nuevas realidades, como es el caso del funcionamiento en redes, es necesario un proceso interno que demanda un trabajo comprometido y sistemático de toda la organización. Éste parte por la toma de conciencia de quiénes son y en qué creen, y desde ahí definir quiénes desean (o necesitan) ser y analizar, realistamente, que pasos deben dar para lograrlo. En ese proceso, es fundamental la presencia de líderes institucionales.

En el caso de la salud pública chilena, a grandes rasgos, la cultura predominante desde sus inicios son el espíritu asistencialista y de beneficencia, con un sentido social y de responsabilidad del Estado por la atención de todos los enfermos, medicalizada y hospitalocéntrica. Aun con un alto misticismo y compromiso con el sector, sus funcionarios resienten condiciones laborales a veces desventajosas que los desmotiva.

47 El texto completo de la Declaración de Derechos Humanos se encuentra en, <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>

48 Resolución de Asamblea General de la Naciones Unidas, aprobada el 8 de septiembre de 2000, [http://www.undp.org/spanish/mdgsp/99-Millennium\\_Declaration\\_and\\_Follow\\_up\\_Resolutionsp.pdf](http://www.undp.org/spanish/mdgsp/99-Millennium_Declaration_and_Follow_up_Resolutionsp.pdf)

La transformación de los Servicios en redes asistenciales hará sentir su influencia sobre la cultura organizacional del Sector Público de Salud. Trabajar en red es distinto (y a veces opuesto) a las características descritas, que pueden generar crisis de adaptación y requerir un proceso intencionado de cambio cultural. De lo que se trata, es que la cultura de gestión en red, vaya superponiéndose y termine imperando. Y esa cultura, se funda en valores y principios positivos: es acogedora; potencia el trabajo en equipo; respeta y valora el saber de todos; percibe a todas las personas en una condición de igualdad de derechos; no discrimina y, a través del trabajo bien hecho sumado a la innovación y la creatividad, busca la excelencia. Por lo tanto, es de primera clase y debiera enorgullecer a quienes la poseen.

### **La complejidad de las redes de salud**

La mayor dificultad que deben enfrentar las redes públicas de salud es la diversidad y complejidad del sector. Esto se traduce en la necesidad de integrar en su formación -y vincularse hacia el exterior- con realidades diversas, establecimientos de distinto tipo, personal y usuarios heterogéneos. A eso se suma la complejidad de las tareas encomendadas.

La diversidad de establecimientos que pueden integrar o relacionarse con la red y que inciden en su complejidad, proviene tanto de la dependencia de los mismos, del tipo de prestaciones que otorgan (laboratorio, atención ambulatoria, entre otras). La complejidad de las prestaciones (nivel de establecimiento) y el tipo de relación que establecen con la red de salud, y particularmente con el gestor de redes.

Al tener que vincularse con las municipalidades, en determinadas ocasiones, quizás deban afrontar situaciones derivadas, no de la naturaleza del servicio que prestan, sino que de las correlaciones de fuerza que existen en los gobiernos municipales. Eso demanda de quienes las encabezan o representan, habilidad de negociación y destreza para conseguir acuerdos que trasciendan las contingencias, poniendo siempre por sobre las divergencias que puedan existir el bien superior de la salud de los usuarios de toda la red.

Las redes también deben interrelacionarse a través de convenios con entidades del sector privado, lo que incluye a otros establecimientos de salud, instituciones de investigación y docencia, prestadores de servicios de apoyo y logística (laboratorios, servicios de aseo, mantenimiento técnico, etc.). Ello exige, que muchas veces, deban plantearse en una lógica empresarial, cautelando sus intereses durante los procesos de contratación de servicios, y sin olvidar nunca el mandato social que les da la ley.

Por otra parte, el financiamiento global de las redes de salud es una materia que se aborda anualmente en el proceso de discusión de la Ley de Presupuestos. Esto contempla la generación de una propuesta desde el Ministerio de Salud, la que es concordada con la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda y posteriormente presentada al Parlamento, donde se discute. Por ello, las redes de salud deben enviar señales respecto de la eficiencia y rentabilidad social de las inversiones que el sector público efectúa en ellas, para que las autoridades técnicas (del Ministerio de Salud y de la Dirección de Presupuestos del Ministerio de Hacienda) y políticas (los parlamentarios y el gobierno) continúen apoyándolas.

Finalmente, los sistemas de información se han ido construyendo orientados por demandas

puntuales, por lo que surgen dificultades asociadas a la conversión de datos desde un sistema de soporte a otro, lo que muchas veces exige duplicación de esfuerzos en los sistemas de registros, con la consiguiente dispersión de recursos. Ello incide negativamente en la accesibilidad de los datos y favorece su pérdida.

Para superar la dificultad que plantea su complejidad, se requiere sabiduría, capacidad de mantener buenas relaciones, habilidad de coordinación, y un liderazgo efectivo por parte de quienes están a cargo de la gestión. Asimismo, es una oportunidad, porque lograr esta integración dejará un gran cúmulo de conocimiento y experiencia como capital social para la red, y a la vez, generará un modelo de desarrollo posible de aplicar en otras áreas y ámbitos.

## ***II. La Red y el Modelo de Atención Integral de Salud***

El Modelo de Atención Integral que propugna la Reforma implica colocar en el centro la satisfacción de las necesidades de salud de la población y reordenar a los oferentes, desde el esquema burocrático piramidal, por niveles, desconectados entre sí en lo funcional a un esquema de redes asistenciales de establecimientos. En el que los roles específicos, colaboran y se complementan entre sí, independientemente de su pertenencia administrativa, responsabilizándose por la atención de salud de una comunidad.

En este modelo, la Atención Primaria adquiere un rol protagónico como principal responsable de la atención integral de las familias y la comunidad, con una fuerte orientación a la prevención y promoción.

La Atención Primaria concentra la complejidad socio-sanitaria, por que le corresponde establecer la pertinencia, oportunidad y tipo de intervención y/ o derivación de la gran gama de problemas biológicos, psicológicos y sociales que afecta a la población a la cual sirve. En tanto, el rol de los hospitales es formar parte de la continuidad de la atención, contribuyendo a la resolución de los problemas de salud derivados por otros establecimientos de la red asistencial, en base al tipo de actividades, especialidades y nivel de complejidad que la propia red les ha definido.

Las principales características que constituyen el modelo de atención son:<sup>49</sup>

1. Centrado en el usuario
2. Énfasis en lo promocional y preventivo
3. Enfoque de Salud Familiar
4. Integral
5. Centrado en la atención abierta o ambulatoria
6. Participación en salud.

---

49 Ver documento Modelo de Atención Integral en Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIGERA, 2005.

7. Intersectorialidad

8. Calidad

9. Uso de Tecnología Apropriada.

### **III. La Estructura de las Redes Públicas de Salud**<sup>50</sup>

El sector está regido por el Ministerio de Salud, al que compete ejercer la función que corresponde al Estado de garantizar el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección, y recuperación de la salud y rehabilitación de la persona enferma; así como coordinar, controlar y, cuando corresponda, ejecutar tales acciones.<sup>51</sup>

Para el ejercicio de sus funciones, la nueva legislación determina que el Ministerio de Salud cuente con dos Subsecretarías: Salud Pública y Redes Asistenciales. La primera tiene como responsabilidad regular las materias relativas a la promoción de la salud, vigilancia, prevención y control de enfermedades que afectan a poblaciones o grupos de personas.<sup>52</sup> La Subsecretaría de Redes Asistenciales,<sup>53</sup> por su parte, tiene tuición sobre las Redes Asistenciales.

En el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, Decreto 140 de abril del 2005, se señala en su artículo primero que “A los Servicios de Salud... les corresponderá la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas”.

En su artículo tercero dice: “La red asistencial de cada Servicio de Salud... estará constituida por el conjunto de establecimientos públicos que forman parte del Servicio, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población”.

...“La red asistencial de cada Servicio de Salud deberá colaborar y complementarse con la de los otros Servicios, y con otras instituciones públicas o privadas que correspondan, a fin de resolver adecuadamente las necesidades de la población...”

En el artículo cuarto señala: “La red de cada Servicio de Salud se organizará con un primer nivel de atención primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor

50 En el anexo N° 3, Estructura Institucional de la Red Pública de Salud, se describe extensamente este punto.  
51 Artículos 1° del Decreto Ley N° 2.763, actualizado por la Ley N° 19.937, del 24 de febrero de 2004 y Arts. 5° y 6° del Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04 del 21 de abril de 2005.

52 Artículo 9° del Decreto Ley N° 2.763, actualizado por la Ley N° 19.937, del 24 de febrero de 2004 y Artículos 27, 29 y 30 del Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04 del 21 de abril de 2005.

53 El Ministerio de Salud está integrado por el Ministro, la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la Subsecretaría de Salud Pública y las Secretarías Regionales Ministeriales. El Ministerio está organizado en divisiones, departamentos, secciones y oficinas. Al Ministro le corresponde la dirección superior del Ministerio y fijar las políticas, dictar las normas, aprobar los planes y programas generales, y evaluar las acciones que deban ejecutar los integrantes del sistema. (Artículos 5° y 6° del Decreto Ley N° 2.763, actualizado por la Ley N° 19.937, del 24 de febrero de 2004). Por su parte, el Subsecretario de Salud Pública es el superior jerárquico de las Secretarías Regionales Ministeriales en las materias de su competencia y, como colaborador del Ministro, las coordina. (Artículo 9° del Decreto Ley N° 2.763, actualizado por la Ley N° 19.937, del 24 de febrero de 2004 y Artículos 27, 29 y 30 del Reglamento del Ministerio de Salud, Decreto N° 136/04 del 21 de abril de 2005).



complejidad que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señale la ley y los reglamentos.”

La Ley de Autoridad Sanitaria crea la figura de los Establecimientos de Autogestión en Red, que se definen como aquellos que tienen una alta complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones. “Estos establecimientos deberán tener procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de satisfacción de usuarios.”

Complementariamente, otro elemento estructural innovador es lo que, en su artículo 21 A, señala: “ En cada Servicio de Salud existirá un Consejo de Integración de la Red Asistencial..., de carácter asesor y consultivo, presidido por el director del Servicio de Salud, al que le corresponderá asesorar al director y proponer todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la dirección del Servicio, los hospitales y los establecimientos de atención primaria, sea estos propios del Servicio o establecimientos municipales de atención primaria de salud. Asimismo, le corresponderá analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten dificultades en la debida interacción de los referidos niveles de atención de los usuarios. ...El Consejo estará constituido por representantes de establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención y privados que integren la red asistencial del Servicio.”

La red asistencial así definida, integrada por establecimientos de distinto tamaño, perfil y organización interna, obliga a que el gestor deba tener conciencia de cuál es la realidad de cada uno, sus capacidades actuales, sus potencialidades y sus requerimientos, para apoyarlos y fortalecerlos, pero sin interferir en su desarrollo ni en sus dinámicas internas. Esto releva la necesidad de diálogo y transparencia, para buscar acuerdos cuando se desea provocar cambios en alguno de los establecimientos de la red.

Junto con ver la realidad de cada uno de los establecimientos, el gestor debiera tener una visión de conjunto, teniendo claro de qué manera los establecimientos se complementan entre sí, y detectando la existencia de brechas no satisfechas por ninguno de ellos. Eso le permitirá solicitar el apoyo de una macro red si es necesario y, a la vez, estudiar cómo resolver las brechas reasignando los recursos que posee la misma red.

#### ***IV. Gestión de las Redes Públicas de Salud***

Gestionar implica concertar algunos objetivos, y conducir y ejecutar acciones concretas en ese sentido. Todas estas partes -preparación, desarrollo, conducción y ejecución- se dan tanto al unísono como secuencialmente. Así, toda ejecución de una acción de salud exige una preparación previa, en la que intervienen quienes participan en la red.

El usuario recurre a la red para satisfacer sus necesidades de salud en la convicción que accede a atenciones de calidad. La valoración positiva o negativa que el usuario hace de la red está determinada, en gran medida, por la calidad de atención recibida. La confianza en la red -independiente de su nivel- es un vínculo permanente que es puesto a prueba cada vez que el usuario efectúa un requerimiento específico a esta red, dando lugar a una experiencia personal mediante la interacción entre ambos. Cada una de esas

interacciones influye en la valoración positiva o negativa que el usuario y la comunidad tengan de la red de salud.

En el desarrollo de la red asistencial el usuario juega un rol activo, preguntando, cuestionando, queriendo comprender, requiriendo información, reclamando, sugiriendo.

La gestión de redes de salud requiere de espacios -tiempo, recursos humanos y monetarios para la planificación, pues de lo contrario se corre el riesgo de acotarla sólo a la programación del mejor uso posible de los recursos en un momento determinado, sin tener en cuenta una visión integral con objetivos de corto, mediano y largo plazo.<sup>54</sup>

El concepto fundamental es que la red de salud atiende a la población, y por tanto ello exige una coordinación entre los distintos actores (nodos) que la componen, de forma que los usuarios sean atendidos de la mejor manera posible, con oportunidad, calidad, pertinencia, y transitando fluidamente en su interior. En este ámbito, no debieran generarse tiempos de espera superiores a lo aceptado técnicamente, con la consecuente acumulación de pacientes (listas de espera).

Debido a ello es importante clarificar los recursos con los cuales cuenta la red, tangibles e intangibles, y ver cuál es la forma más pertinente de entrelazarlos para cumplir la responsabilidad encomendada. No menos importante es conocer cómo se modifican las condiciones y necesidades de salud a la población a la cual sirve. Como por ejemplo, el envejecimiento de la población y los requerimientos de adecuación de las condiciones de acceso físico a los nodos de la red o la implementación de prestaciones por otros puntos de la red, incluso en el domicilio de los usuarios.

La gestión tiene que ver entonces con una forma de vincular acciones, procedimientos en pos de brindar atenciones de salud a las personas. En esta forma de vincular existen algunas pautas generales como son procedimientos médicos, técnicos y administrativos. En cada una de las prestaciones o atenciones que brinda la red se refleja la totalidad de los ámbitos de la gestión. Por tanto, una deficiente gestión en algunas de las áreas y servicios de apoyo, tiene consecuencias en la atención que brinda toda la red. El que cada agente o actor que participa en la red se percate de las consecuencias que genera su acción (o inacción) es un factor que permite incrementar el sentido de responsabilidad y servicio, y asimismo permite mejorar los procedimientos. Esto otorga a cada nodo (actor) la posibilidad de innovar dentro y para la red de salud. La gestión, entonces, requiere conocer la ejecución de las acciones de forma de poder mejorarlas, pues no se realiza en el vacío, y la observación de los procedimientos y su optimización exigen dedicar tiempo a ello.

Tradicionalmente, los recursos se clasifican en humanos, financieros, físicos, tecnológicos, información y conocimiento. Menos tradicionalmente se encuentran aquellos asociados a los vínculos, que pueden entenderse como la oportunidad de acceder a, o entregar, alguno de los otros recursos. La importancia de los vínculos se refleja en múltiples ocasiones de la vida cotidiana. ¿Quién ante una duda no ha recurrido a algún colega y preguntado? El valor de poder acceder a preguntar, o de participar en la generación de una respuesta,

---

54 En el anexo N° 4, Una mirada a la gestión de los Servicios de Salud a través de la ejecución presupuestaria, se presentan mayores antecedentes respecto a este tema.



es enorme, puesto que en ello hay un proceso de aprendizaje involucrado. ¿Por qué son tan importantes los seminarios y reuniones clínicas? ¿Cuánto aportan el debate y la discusión en la respuesta ante este problema? En esta perspectiva los vínculos son puentes de acceso a servicios o bienes que tienen valor, en el sentido de que son apreciados y no en un sentido monetario estrecho.<sup>55</sup>

Al mismo tiempo, los vínculos permiten un mayor y más adecuado uso de los recursos, pero ello requiere tomar decisiones conscientes de los riesgos y de los costos asociados.

Al encontrarse los distintos niveles de atención de salud entrelazados, el usuario no cuenta sólo con “el consultorio” o “el hospital” o “el médico”, sino que con todos los recursos humanos, físicos, financieros, tecnológicos y de conocimiento de la red. Una cuestión central para el gestor es conocerlos y facilitar el acercamiento entre los usuarios que demandan atenciones de salud (necesidades) hacia estos recursos (oferta). No obstante, la red de salud debe comunicarle a sus usuarios, de manera comprensible y transparente, que si bien es sujeto de derecho con libertad de elección, existen límites en las atenciones de salud, “nadie está obligado a lo imposible”. Ello implica no sólo clarificar los límites de las prestaciones de salud que pueden brindarse, sino definir metodologías y procedimientos para “garantizar” la calidad técnica de las atenciones de salud.

La gestión de salud tiene que ver con propender a un mejoramiento continuo en la prestación de los servicios, esto es que sea acorde con los requerimientos de la ciudadanía. Ello implica preguntarse no sólo respecto a los recursos sanitarios que se debe gestionar, sino desde qué valores y con qué perspectivas debe hacerse esa gestión. Esto se relaciona con definiciones concretas respecto a, por ejemplo, derechos de los pacientes, responsabilidades de los usuarios, definición del Servicio de Salud. Muchos de los valores son comunes a todo el sistema público de salud y están implícitos tanto en la legislación vigente como en las políticas emanadas del Ministerio de Salud. Internalizarlos y encarnarlos en todas las acciones de la red, es también parte de la gestión.

La normativa vigente establece algunos requisitos comunes a las distintas redes de salud, que tienen que ver con la organización al interior de ellas mismas, así como con algunos objetivos y procedimientos. Pero, al mismo tiempo, la regulación provee de amplios espacios para que las distintas redes de salud se desarrollen de acuerdo a sus necesidades. En ese sentido, la posibilidad de que construyan sus propios modelos de gestión es una oportunidad para el intercambio de experiencias entre ellas, y de que se tienda a un proceso de mejoras continuas.

### La información<sup>56</sup>

La información es un elemento constitutivo de la red asistencial, y la administración de datos es esencial para la gestión de la red, pues es la base de la información. Una de las funciones del gestor es velar por la calidad de ellos, por su flujo y disponibilidad en la red para sus distintos usos potenciales.

Los datos, información y conocimientos son los insumos para desarrollar las etapas de diseño, planificación, monitoreo, evaluación, control, y rediseño que conforman el proceso

<sup>55</sup> En un mercado el valor monetario que las personas le asignan a un bien o servicio depende de sus preferencias, ingreso y riqueza.

<sup>56</sup> En el anexo N° 5, Gestión de datos y vínculos de información, se profundiza en este ámbito.

de gestión. Para realizar este trabajo, el instrumento de apoyo son las tecnologías de información (software, hardware, modelos de análisis). No obstante, si bien los datos son relevantes para la gestión, no son un fin en si mismos.<sup>57</sup>

El objetivo de la red asistencial es brindar atenciones de calidad, y eso requiere que la gestión de los datos y la generación de la información se orienten hacia esos fines. En general la calidad de los datos implica que se cumplan los requisitos de accesibilidad, oportunidad, continuidad, suficiencia e integridad.

En la construcción de las bases de datos de las redes de salud participan con sus aportes tanto la comunidad usuaria, como los funcionarios que realizan los registros. Quien(es) a partir de un conjunto de procedimientos generan nueva información o conocimiento utilizando estas bases de datos, sin duda también realizan un aporte.

Por otro lado, la administración de bases de datos y la generación de sistemas de información requiere de políticas explícitas que permitan compatibilizar la transparencia y acceso universal con preservar la confidencialidad y seguridad de la información.

La complejidad creciente de la red asistencial está requiriendo de sistemas de información cada vez más complejos y de tecnologías de alto costo. Ello implica superar dificultades como la magnitud y complejidad de los datos que fluyen a través de las redes informáticas; el desarrollo disímil de los Servicios de Salud que atenta con la instalación de sistemas de cobertura nacional; los diferentes niveles de preparación de los funcionarios que deben ingresar datos y manejar localmente las bases, afectando la oportunidad y la calidad de éstos; la instalación de sistemas de información orientados por demandas puntuales, con duplicación de esfuerzos y dispersión de recursos, y dificultades en la conversión de datos desde un sistema de soporte a otro, poniendo en riesgo la accesibilidad de los datos, su confiabilidad y favoreciendo su pérdida; y la no siempre adecuación en integridad y oportunidad de las salidas de información ofrecidas por los sistemas actualmente disponibles.

El flujo de información al interior de la red de salud se relaciona con cuestiones tales como: a) En el ámbito clínico: la administración de las listas de espera, el intercambio de información entre profesionales de la red de salud (referencia y contrarreferencia), el informe de exámenes, la comunicación con el usuario, etc.; b) En el ámbito de los recursos humanos: las evaluaciones de su desempeño, el control de asistencia, la asignación de estímulos, entre otros; c) En lo que respecta a finanzas: el control de inventarios, el manejo de flujos de caja, cobranzas, entre otros; y d) En el ámbito de la gestión de la red propiamente tal: la programación en red, el cumplimiento de las metas sanitarias y AUGÉ, los compromisos de gestión, la satisfacción de los usuarios, entre otras.

## Herramientas relevantes para articular la red asistencial

### La experiencia de los CIRA<sup>58</sup>

Para desarrollar las labores de gestión de la red pública de salud, como se ha visto existe la posibilidad de desarrollar una estructura dentro de los Servicios, pero además se cuenta con organismos asesores, los que pueden jugar un importante papel. Uno de ellos es el Consejo Integrador de la Red Asistencial, CIRA.

<sup>57</sup> No debe confundirse la administración de datos con la administración del soporte de los datos (hardware y software). Este último es un problema técnico, y debe ser funcional a los fines de la administración de los datos. En términos simples, lo que se requiere son datos que los integrantes puedan manipular; el problema tecnológico es generar un mecanismo amigable de transferencia desde las bases de datos hacia el software.

<sup>58</sup> Informante: doctora Cecilia Morales, EMI del Ministerio de Salud

En el año 2003, incluso antes de que se publicara la Ley de la Reforma que transforma administrativamente el sistema, fue incorporado a través de compromisos de gestión con los Servicios de Salud, este espacio de encuentro de las redes que primero se llamó Consejo Coordinador de Redes y después tomó su actual nombre legal.

Se trata de un espacio consultivo y asesor del gestor de redes orientado fundamentalmente a trabajar en los temas de referencia y contrarreferencia y abordaje de brechas entre demanda de atención y capacidad de oferta de las redes. En este último aspecto, los criterios para priorizar se adoptan en cada red, de acuerdo a los objetivos sanitarios, a nivel local y nacional, principalmente los relacionados con el AUGE. En torno a los objetivos locales es importante la coordinación con las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud, que están encargadas de hacer el diagnóstico de la región.

En lo que se refiere a referencia y contrarreferencia, uno de los principales problemas abordados es el manejo de la información que, al iniciarse el trabajo, era escasa y poco confiable. Por ello, se inició el diseño de un sistema de información que dé cuenta de toda la complejidad que tiene la referencia y la contrarreferencia y que permita tener una aproximación adecuada de la demanda medida en el origen.

Ello por cuanto históricamente la información era medida sólo en el destino, lo que impedía saber qué porcentaje de la referencia, es decir de las demandas, se perdía en el camino.

En síntesis, a este respecto se busca:

- Una información real de la demanda recogida en el origen
- Una oferta ordenada de todos los establecimientos
- Brechas reales que puedan ser compartidas y priorizadas por el CIRA
- Conocer los recursos utilizados en las prioridades
- Tener claridad sobre la brecha que tiene una determinada red.

La información así recogida permite hacer una programación en red, de modo que la referencia de un nivel sea una parte importante de la demanda del otro y así sucesivamente, de modo que cuando se produzcan brechas, sean de todos y no sólo del establecimiento en particular. De ese modo, el compromiso por resolverlas también será compartido, lo que produce un elemento regulador y racionalizador de la demanda. De ahí surgen, por ejemplo, proyectos de capacitación y autocapacitación intra red.

Es un camino que se está empezando a construir y que varía mucho de una red a otra, porque algunas tienen una historia antigua trabajo conjunto, por lo que ya hay una relación sólida. En cambio otras tuvieron que comenzar por conocerse.

La experiencia ha demostrado que, normalmente, la primera etapa de trabajo conjunto tiene un carácter esencialmente informativo: el Servicio da cuenta a los distintos nodos que conforman la red sobre la oferta, la demanda, la referencia y la contrarreferencia. En esta etapa la mayoría de los actores asume una actitud pasiva, pero en la medida en que

se desarrollan planes de trabajo conjunto y se forman grupos de tareas dentro del CIRA, mejora el grado de participación y la relación se hace más horizontal, llegando en algunas ocasiones a superarse el rol meramente consultivo y asesor asignado a esta instancia.

Así, gradualmente, va instalándose el concepto de red, buscándose modelos operativos, y consolidándose una cultura y una práctica de trabajo en equipo.

### **Programación en Red**<sup>59</sup>

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

La programación en Red es entonces, el proceso operativo que conduzca al cumplimiento de los hitos de la Planificación Estratégica al 2010, del Servicio de Salud y por ende, debe ser sistemáticamente revisada, y si lo requiere, ajustarse, es decir reprogramarse.

En este proceso, es necesario buscar permanentemente un abordaje integral de los problemas de salud, a través de estrategias de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Simultáneamente, se deberá velar porque en la programación de las actividades, se atiendan los problemas de salud priorizados con GES y las necesidades de la demanda general.

Todo el proceso de pensar y trabajar en red debe concretarse en una Programación en Red para fortalecer el desarrollo de las Redes Asistenciales y aumentar la eficiencia y eficacia del quehacer de salud. Se debe procurar establecer metas e indicadores que permitan el desarrollo armónico de la red, que sean coherentes para APS y hospitales.

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

- Evalúan conjuntamente las necesidades de salud de su población
- Priorizan los problemas de salud de acuerdo a indicadores epidemiológicos e identifican grupos de población de mayor riesgo
- Identifican y organizan los recursos de cada componente de la red para satisfacer esas necesidades
- Verifican las brechas entre la demanda y la oferta
- Analizan y buscan en forma conjunta como ajustar los roles
- Redistribuyen los recursos humanos y financieros

<sup>59</sup> Extracto del documento Orientaciones para la Programación en Red 2006. Subsecretaría de Redes Asistenciales, DIGERA.

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

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

El proceso de programación se debe desplegar desde el Gestor de Red a las direcciones de establecimiento y de estas a los equipos operativos. La Programación en Red requiere además del trabajo conjunto entre los técnicos del área sanitaria, de finanzas y recursos humanos.

En un camino progresivo hacia una real programación en red, se ha definido que cada establecimiento trabajará su programación anual, y una vez realizados los ajustes posibles, el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA)<sup>60</sup> de cada Servicio de Salud, liderado por el Gestor de Red, debe analizar, con mirada de conjunto las programaciones efectuadas y elaborar un Plan de Ajuste de Brechas, que permita obtener el mejor balance posible entre oferta y demanda, entre necesidades y disponibilidades.

La Programación en Red no obstante, debe respetar las diferencias locales, tanto de comunas, como de otros establecimientos, en la definición y aplicación de las normas técnicas de programación, por cuanto ello otorga autonomía, validación y asegura la responsabilidad local frente a los problemas de salud y necesidades en general, detectadas en los diagnósticos participativos. En APS este tema está debidamente explicitado en la Ley 19.378 artículos 56 y siguientes y en el Reglamento General de la Ley 19.378 Decreto N° 2296 del 10 de octubre de 1995, artículos 12 y siguientes (partiendo por la Formulación de una Política Comunal de Salud).

No menos importante es programar la capacitación que necesitan los equipos de salud que realizan la atención en los distintos hitos de la red. De esta manera existirá coherencia entre necesidades y capacitación para mejorar la resolutivez y desarrollar la gestión de la red en su conjunto. Se deben destacar las diferentes estrategias que existen o que se deben implementar al interior de la red asistencial tales como: participación de los equipos de salud del nivel primario de atención en las reuniones clínicas, consultorías, plan de capacitación de APS, entre otras.

### **Sistemas de referencia y contrarreferencia**

El proceso de Referencia y Contrarreferencia, en el Sistema Público de Salud, constituye un elemento fundamental de continuidad de la atención otorgada a las personas e incide en la accesibilidad, oportunidad, efectividad, eficiencia del proceso asistencial y con ello en la adhesión y satisfacción de los usuarios y requiere de un proceso de coordinación ágil, flexible y eficaz.

---

60 Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión 19.937. Artículo 21

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

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

Además de la referencia y contrarreferencia existen otras formas de articulación para asegurar la continuidad de la atención, tales como: consultoría de casos, reuniones clínicas conjuntas, comités para el estudio de casos, epicrisis al egreso de una hospitalización, comunicaciones y consultas vía internet, entre otras.

Los elementos que constituyen el sistema de referencia y contrarreferencia son:

- Cartera o catálogo de servicios: por unidad o establecimiento, de conocimiento público y con claros sistemas de ingreso.
- Guías clínicas y protocolos de derivación y contraderivación
- Sistema de registro e información.
- Mecanismos de evaluación y control

### **Garantías Explícitas en Salud (GES)**

La Ley AUGE N° 19.966, de septiembre de 2004, señala en su artículo 2, respecto al Régimen General de Garantías, que “contendrá, además Garantías Explícitas en Salud (GES) relativas a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto priorizado de programas, enfermedades o condiciones de salud que señale el decreto correspondiente. El Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional deberán asegurar obligatoriamente dichas garantías a sus respectivos beneficiarios”...”.Las Garantías Explícitas en Salud serán constitutivas de derecho para los beneficiarios y su cumplimiento podrá ser exigido por éstos ante el Fondo Nacional de Salud y las Instituciones de Salud Previsional, la Superintendencia de Salud y las demás instancias que correspondan.”

Cumplir con las garantías de accesibilidad, oportunidad, calidad, y protección financiera en los términos que establece la ley, solo es posible con el trabajo mancomunado de todos cuantos trabajan en el sector. El inicio anticipado de este programa en calidad de piloto presionó a las incipientes redes asistenciales a buscar aceleradamente formas efectivas de trabajar en red frente a los problemas de salud priorizados en ese momento. Ese esfuerzo inicial se vio reforzado por la puesta en régimen de las Leyes Auge y Autoridad Sanitaria. Donde se produjeron impactos tales como:

- el fortalecimiento de la coordinación entre los distintos actores (nodos) de la red, superando estilos de convivencia y liderazgos tradicionales (cambio cultural, trabajo participativo, horizontalidad de las relaciones);
- la caracterización la oferta en cantidad y calidad, identificando brechas y asignando los recursos con criterios de pertinencia y equidad;
- el desarrollo de capacidades y habilidades técnicas en todos los integrantes de la red;
- la implementación de instrumentos guía de la acción médica y administrativa (guías clínicas, protocolos de derivación y contraderivación);
- el desarrollo de nuevos sistemas de información, adecuados para dar respuesta a las necesidades en magnitud, calidad y oportunidad;
- la generación de mecanismos dinámicos de evaluación y control (monitoreo de garantías, equipos GES);
- el desarrollo de mecanismos de coordinación y complementación inter – redes (macroredes, complementación público – privada);
- la implementación de sistemas de comunicación tanto al interior de las redes como hacia los usuarios y otras redes sociales.

El ejemplo del GES muestra, en la práctica, todo lo señalado como las características propias de una gestión en red.

#### ***V. La Gestión en Red y la Participación Social en Salud***<sup>61</sup>

La participación social se entiende como un mecanismo de mejoramiento social de las actividades de salud.

Como señala el Mensaje Presidencial N° 1-347, del 22 de mayo del 2002, con el cual la máxima autoridad dio inicio al Proyecto de Ley que establece un Régimen de Garantías en Salud:

“La participación social en la formulación, puesta en marcha y evaluación de las políticas y programas sectoriales, constituye una dimensión importante de la vida cívica democrática...Implica reconocer a las personas como usuarios y ciudadanos ante los cuales el Sistema de Salud debe dar cuenta de la calidad, efectividad y oportunidad de servicio, así como del uso eficiente de los recursos...Permite, asimismo, que los ciudadanos expresen sus preferencias y expectativas respecto al Sistema de Salud y las correspondientes políticas públicas...La adecuada e informada participación de los usuarios, requiere transparencia para llevar a cabo el proceso y para conocer sus resultados. Ello asegurará la legitimación social de nuestro Sistema de Salud y la superación de la insatisfacción ciudadana que hemos registrado en los últimos años. Definir un modo de participación adecuado a nuestra realidad e implementarlo, es propósito de la Reforma a la Salud...Para un proceso de mejoramiento integral, profundo y eficiente del Sistema de Salud es necesario

---

<sup>61</sup> Para mayor profundización en el tema, referirse al Anexo N° 6, La participación de la ciudadanía.



darle la mayor relevancia a la interlocución con los actores sociales involucrados, cómo se compromete su participación, y cómo se generan mecanismos para conocer y aprovechar darle la mayor relevancia a la interlocución con los actores sociales involucrados, cómo se compromete su participación, y cómo se generan mecanismos para conocer y aprovechar sus aportes...Nuestro compromiso con el derecho a la salud y los valores de equidad, solidaridad, eficiencia y participación es éticamente insoslayable y socialmente indispensable.”

Las garantías aseguradas (GES) como derecho de las personas son, en definitiva, un traspaso de poder a la ciudadanía y constituyen el núcleo democratizador de la Reforma.<sup>62</sup>

Los ciudadanos, por su parte, tienen responsabilidades que cumplir, y en términos de su salud, el énfasis en esta materia está puesto en los mecanismos de promoción y prevención.

En el ámbito de la gestión, distintas líneas de acción en desarrollo dan cuenta de la decisión de incorporar la opinión de los usuarios y comunidad en la gestión de salud. Lo anterior, con el fin de dar pertinencia y adecuación de las acciones de salud a las necesidades de la población. La Participación social y comunitaria en salud adquiere distintas dimensiones:

- La corresponsabilidad frente al control sobre los determinantes de la salud, promoción de estilos de vida y creación de entornos saludables.
- El control sobre la calidad de los servicios y prestaciones de salud.
- El ejercicio de dar cuentas públicas de la gestión y resultados obtenidos.
- La corresponsabilidad en distintos ámbitos del quehacer en salud según las competencias de la red comunitaria (organizaciones comunitarias de salud, grupos de autoayuda, voluntariado, monitores de salud) y el equipo de salud.

Cabe señalar que la Reforma, a través de la Ley de Autoridad Sanitaria, consagra la participación de los usuarios sancionando las instancias formales existentes en los establecimientos de la red desde el año 1995, las que han recibido diferentes denominaciones: Consejos de Desarrollo, Comités Locales de Salud, Consejos Consultivos, entre otras.<sup>63</sup>

Las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) constituyen el primer punto de contacto de los usuarios con la red asistencial y la primera oportunidad de ejercicio ciudadano para la población. Permiten recoger sistemáticamente la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios y establecer áreas críticas en torno a las cuales definir estrategias y planes de mejora de la gestión.

Con respecto a los Consejos de Integración de las Redes Asistenciales, si bien la ley no ordena que participen representantes de la comunidad, tampoco lo impide, por lo que, eventualmente, así podría ocurrir en la medida en que la relación de trabajo común con los usuarios se vaya fortaleciendo.<sup>64</sup>

62 Discurso Estratégico de la Reforma. Ministerio de Salud, 2004.

63 Estas instancias han ejercido funciones de evaluación de la gestión de los establecimientos, diagnósticos participativos de la situación de salud de la población, apoyo a la movilización de recursos y propuestas de líneas de desarrollo institucional.

64 Ver Ley N° 19.937, Artículo 21 A.



En un contexto de modernización de la gestión, el sector salud espera transitar hacia un Modelo Integral de Atención a Usuarios, es decir, la coordinación<sup>65</sup> de todos los espacios de atención de solicitudes ciudadanas (OIRS, Buzones Ciudadanos, Presenciales y Virtuales, Call Centers, Oficinas Móviles, Centros de Documentación, Sitios en Internet u otros), mediante la agilización y adecuación de las metodologías de atención, los sistemas de derivación, los mecanismos de registro y los planes de difusión.<sup>66</sup> Esto se basa en una perspectiva comunicacional participativa y no discriminatoria entre el sector público de salud y los ciudadanos, que tiene una importante expresión a través de las Cuentas Públicas participativas.

La gestión de solicitudes ciudadanas y en particular la de los reclamos, adquiere particular importancia en el contexto de la aplicación de garantías en salud. Se trata de establecer mecanismos de mediación, negociación y prevención de la judicialización de las demandas a la vez que se establecen sistemas de acogida y apoyo a la satisfacción de los usuarios.

## Cuarta Parte: Revisión de Experiencias Nacionales<sup>67</sup>

A pesar de que el tiempo oficial de funcionamiento de las redes públicas de salud en Chile es relativamente breve,<sup>68</sup> existe una historia que contar y casos interesantes posibles de observar desde distintos puntos de vista. A continuación, son descritos algunos de ellos, cuya revisión permite apreciar la heterogeneidad presente en estas redes en cuanto a su territorio, población y cantidad de nodos o dispositivos que las componen.

Asimismo, la diversidad se advierte en las experiencias, modelos implementados y énfasis que cada red ha dado a su trabajo. Ello habla claramente de lo reiterado en este libro: que el modelo de gestión en redes se caracteriza por su flexibilidad, y por su capacidad de adaptarse a la realidad donde le corresponde operar.

Pero, por otro lado, también hay puntos comunes. Sin duda, el más notorio es el compromiso y el entusiasmo con que sus gestores y equipos de trabajo han asumido la tarea encomendada. Gracias a ello es posible mostrar algunos de los primeros frutos, que -a pesar de las dificultades que conlleva todo comienzo- se están viendo germinar a lo largo y ancho del país.

65 Guía Metodológica Sistema Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias, 2004. SEGEOB

66 Decreto 140, Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, 2004.

67 Trabajo en terreno realizado por CED

68 La Ley N° 19.937, que establece la figura de las redes de salud, entró en vigencia el 24 de febrero de 2004.

### Premiada por su modelo de participación social<sup>69/70</sup>

Desde 1990 el Servicio de Salud Talcahuano comenzó a trabajar estrechamente con organizaciones sociales ligadas a los distintos establecimientos, entre las que se contaban grupos de enfermos crónicos y de voluntariado.

El terreno estaba abonado, porque Talcahuano, junto a Tomé y Penco, son zonas que debido a la presencia de industrias como el puerto, la loza y los textiles, dan origen a un movimiento sindical que generó una práctica de participación, la que, a pesar de tomar otras formas por las contingencias de la historia, se mantuvo siempre vigente.

Paralelamente, el equipo de salud municipal también efectuaba labores vinculadas a la comunidad. De hecho, en 1996 desarrolló en el nivel de atención primaria, el modelo de Unidades de Salud Familiar, USAF.<sup>71</sup> Éste consiste en pequeños dispositivos ubicados en distintos lugares, que buscan acercar la salud a la gente mediante monitores capacitados que trabajan en forma voluntaria, y supervisados por un equipo de salud que va rotando. Ellos se encargan de mantener un dispensario, organizar las vacunas, y entregar medicamentos y leche.

Asimismo, una parte importante de la comunidad de la zona participaba activamente en juntas de vecinos, organizaciones no gubernamentales y agrupaciones sociales de diversa índole.

Ello permitió que el gestor de redes encontrara una rápida respuesta en el año 2000, cuando el Ministerio impulsó la creación de los Comités Comunales Vida Chile, para desarrollar a través de ellos un modelo biosicosocial de promoción de salud.

En Talcahuano, los primeros en adherirse a esta iniciativa fueron los integrantes de la organización “Por un Talcahuano Saludable”, enfocada a temas de medio ambiente. Sencillamente cambiaron su nombre a Vida Chile, y sumaron los objetivos ministeriales a los que ya desarrollaban. Luego se agregaron otros grupos y actualmente hay alrededor de trescientas organizaciones sociales vinculadas a la red.

Hoy existen comités locales de Vida Chile asociados a cada centro de salud, que abordan áreas tan diversas como el tabaquismo, la obesidad, el medioambiente, temáticas sicosociales y, ahora último, el AUGE.

Así se han formado monitores, como los de Hualpencillo, que trabajan junto con los equipos de la red en el Programa de Ambiente Libre del Humo del Tabaco. Ellos han sido habilitados para brindar consejerías breves a las personas que quieren dejar de fumar.

La estrategia de incorporación de la comunidad a la red, desarrollada por el gestor y su equipo, ha sido proactiva y de terreno. Nada de cartas, ni de citaciones a oficinas. Van a

69 Informantes: Año 2004

- Doctor Cleofe Molina: EMI zona sur,  
- Asistente social Nora Donoso, encargada de Participación Social del Ministerio de Salud,  
- Doctor Wladimir Hermosilla, Subdirector Médico Servicio de Salud Talcahuano  
- Asistente social Ingrid Fontalba, encargada de participación social del Servicio de Salud Talcahuano  
- Ciudadano Leonidas Rodríguez, presidente del Consejo de Participación Social en Salud del Servicio de Salud Talcahuano

70 Doctor Jorge Ramos.

71 Doctor Alfredo Jerez.

las organizaciones y se sientan en las asambleas como un vecino más. Toman la palabra, exponen sus objetivos y piden apoyo. La respuesta de los actores sociales siempre ha sido positiva.

Lo mismo ha ocurrido con los equipos de atención primaria, de salud mental y de asistentes sociales que hacen trabajo comunitario. En cambio, a nivel de ciertos funcionarios ha habido mayor resistencia, porque, según señala un informe, “todavía está vigente el modelo biomédico paternalista”. Sin embargo, poco a poco, y por la fuerza de los hechos, ese viejo modelo se bate en retirada y abre paso a la gestión en redes.

Por otra parte, junto con el acercamiento a las organizaciones sociales, el Servicio de Salud Talcahuano emprendió un trabajo intersectorial con los establecimientos educacionales, involucrando a los docentes y a la comunidad escolar en estrategias nacionales de promoción impulsadas por el Ministerio, y de otras surgidas al interior de la red.

Posteriormente, en la línea de la Reforma, que aunque no promulgada legalmente, ya estaba en ebullición, instalaron los Consejos de Desarrollo en los hospitales de la red, los cuales hoy están funcionando plenamente con participación de la comunidad.

El año 2002 dieron otro paso. El Servicio de Salud Talcahuano emprendió una planificación estratégica con cuatro líneas de trabajo: las personas (recursos humanos); desarrollo de la red asistencial; información en salud, y participación social. No fue un proceso entre cuatro paredes, sino abierto a toda la red, los gremios, los Consejos de Participación Social y los Consejos de Desarrollo de los Hospitales.

Allí surgió la idea de crear un Consejo de Participación Social en Salud a nivel del Servicio, incorporando a representantes de los Comités Vida Chile, los Consejos de Desarrollo de Hospitales, los Comités Locales de Atención Primaria en Salud, las Agrupaciones de Salud y las Uniones Comunales de Juntas de Vecinos. Fue concebido como una instancia que, mediante un rol asesor voluntario, colabora con la gestión del Servicio. Entre sus objetivos está crear y fortalecer vínculos horizontales de confianza entre la comunidad, los directivos y el personal de salud; modernizar la gestión pública en salud y mejorar la calidad de vida y la atención en salud.

Se pensó y se hizo. Al principio, los representantes de la comunidad escuchaban y no comprendían parte de los temas tocados en las reuniones. Pero a poco andar comenzaron a manejarlos, a opinar, a proponer y, finalmente decidir.

Así, sus integrantes -que representan a cerca de trescientas organizaciones- han llegado a participar en instancias relevantes en la gestión de salud, como el diseño del Plan Estratégico del Servicio para el período 2003 - 2006. Igualmente, han sido escuchados respecto a la incorporación de enfermedades para ser abordadas en la red de salud o al diseño de un sistema amigable para el seguimiento de las indicaciones médicas, por ejemplo. Para esto último, se revisaron casos internacionales y se optó por emplear elementos gráficos, como un sol en distintas etapas, para marcar las horas en que deben ingerirse determinados medicamentos. De ese modo los adultos mayores que tienen dificultades para leer pueden seguir más fácilmente sus tratamientos. Asimismo, mediante grupos de tareas, el Consejo se ha involucrado en proyectos destinados a fortalecer el desarrollo de organizaciones sociales en salud, programas de capacitación y acciones de promoción en salud.

La experiencia ha sido tan exitosa, que la Red Asistencial de Salud Talcahuano recibió el Premio a la Innovación en Ciudadanía 2004, por su Consejo de Participación Social en Salud. El galardón es otorgado por la Fundación para la Superación de la Pobreza, con el apoyo de las principales universidades del país así como otras instituciones públicas y privadas.

Además, el Servicio de Salud Talcahuano creó una unidad funcional de participación encabezada por la asistente social encargada del tema e integrada por el equipo de comunicaciones del Servicio. Mediante ella se canalizan pequeños fondos concursables para proyectos de promoción gestionados por la comunidad, sobre los cuales decide el Consejo luego de que las organizaciones sociales postulan mediante concursos abiertos.

Posteriormente hubo otro avance. Al darse vida legal a las redes, el Consejo Integrador de la Red Asistencial de Talcahuano, cuyas facultades son consultivas, fue dotado de poder resolutorio y desde su constitución fue integrado, con derecho a voz y voto, por dos representantes del Consejo de Participación Social en Salud. Allí, los actores sociales, junto a los directivos del Servicio de Salud Talcahuano, los directores de los establecimientos de salud y los directores de atención primaria de las municipalidades discuten todos los temas relacionados con el desarrollo de la red asistencial: polos de desarrollo, inversiones, evaluaciones y seguimiento de metas entre otras materias.

En esa instancia, también, fueron definidas la misión y la visión de la red asistencial. Allí los representantes de las organizaciones comunitarias hicieron aportes concretos respecto al lenguaje empleado, de modo que fuera comprensible para todas las personas. Asimismo, en el proceso de interacción ellos han ido conociendo y comprendiendo los problemas prácticos que tiene la red en términos de disponibilidad de recursos y otras materias, lo que ha permitido mejorar las relaciones entre la comunidad y los distintos dispositivos de salud.

Asimismo, han tenido eco otras propuestas presentadas por ellos, como el otorgamiento de credenciales para que los dirigentes de las juntas de vecinos puedan visitar en los hospitales a los pacientes de sus comunidades y, recientemente, la creación de un “cuaderno del adulto mayor” semejante al carnet del niño sano, donde se consignan todas las indicaciones de sus tratamientos, que pueden ser chequeadas en los distintos niveles de atención de la red por donde ellos circulan. Del mismo modo, lograron incorporar el cáncer a la próstata como una de las prioridades sanitarias del Servicio, por la prevalencia de la enfermedad y el desconocimiento de la prevención que ellos mismos detectaron entre sus representados.

Actualmente la comunidad está tan integrada a la red, que sus representantes son infaltables en todos los eventos importantes. De hecho, son los primeros invitados a los aniversarios, festejos y actividades tanto del Servicio de Salud, como de los distintos dispositivos y nodos de la red, porque son considerados como un equipo más dentro de la red.

Por eso, cuando el Ministerio de Salud organizó un taller técnico que reunió a todos los Servicios de Salud del país para analizar el flujo de pacientes AUGE a través de la red asistencial, el Servicio de Salud Talcahuano concurrió a la actividad junto a los representantes de las organizaciones sociales, quienes presentaron sus planteamientos como usuarios.

Pero la red de Talcahuano cree que todavía es posible avanzar un poco más. Por eso, elaboró una estrategia con las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Gobierno, y con apoyo de la Universidad del Bío Bío enfocada a desarrollar presupuestos participativos. Ello significa que los representantes de la ciudadanía podrán discutir, priorizar y sancionar proyectos en participación social, promoción y satisfacción a usuarios.

Será el primer modelo de este tipo que se implementa en el área de la salud.

### **La Voz de un Usuario**

Don Leonidas Rodríguez, ex sindicalista y luego dirigente de juntas de vecinos, es el actual Presidente del Consejo de Participación Social en Salud del Servicio de Salud de Talcahuano. A continuación, transcribimos parte del testimonio que entregó para el desarrollo de este libro.

“Cuando fuimos invitados a ser parte del Consejo de Participación Social del Hospital de Tomé nos dimos cuenta de que dadas las críticas que teníamos podíamos ser un mayor aporte si nos integrábamos. En función de eso, empezamos a caminar con las primeras nociones que teníamos de salud. Pensábamos que si no estoy enfermo ni tengo incapacidad, gozo de buena salud. Después ya empezó a sonar más fuerte el Vida Chile, a través del cual, empezamos a ver que antiguamente los chilenos sufrían más de unas enfermedades y ahora de otras. Nos dimos cuenta, de que nos estábamos incorporando a un área técnica, y estábamos opinando desde fuera sin tener mucho conocimiento. Eso nos llevó a mirar cómo capacitarnos y buscar el norte que íbamos a tener dentro del Consejo. Y por otro lado, se dio que el Director del Servicio de Salud era un hincha número uno de la participación, así es que puso todo a disposición para que ésta pudiese avanzar, dando algunos instructivos a los directores de los establecimientos. Incluso el Servicio creó una instancia de participación. Entonces partimos primero a nivel de consultorio, después de los hospitales y finalmente llegamos a nivel de Servicio, y a medida que íbamos subiendo teníamos una visión más amplia. Y sin darnos cuenta, empezamos a caminar, en esto, como si hubiésemos venido desde hace mucho tiempo. Fue un proceso de ir asimilando muchas cosas que nosotros estábamos haciendo fuera que están insertas en este concepto de salud que maneja la OMS, que no es esa visión reducida que nosotros teníamos. Nos dimos cuenta, de que no abarcaba sólo la parte física sino que también la síquica y lo social. Y así nos empezamos a desarrollar y a poner el tema de salud en todas las mesas y en todas las instancias donde íbamos. Y empezamos a invitar a otras organizaciones. Después se nos empezó a incorporar gente joven y por otro lado, todas aquellas organizaciones de salud donde estaban integrados los pacientes de enfermedades crónicas que fueron los aliados más directos. Después integramos a los que trabajaban con los huertos orgánicos, a los adultos mayores y terminamos por atraer hasta al Consejo Local de Deportes”.

“Nos hemos ido centrando en ir formando monitores de salud. Que ojalá en todas aquellas actividades que existan en la comuna pueda contar con monitores que ayuden a prestar primeros auxilios a los socios en su actividad. En el caso de los deportes, el año pasado, se prepararon cuarenta monitores para asistir a los estadios y, si es necesario, atender

al paciente cuando tiene una caída o un problema de alta presión, por ejemplo. Entonces, a través de esta formación de monitores hemos ido entusiasmando y comprometiendo a las organizaciones que han ido derivándonos personas para capacitarlas a través de este Consejo. El año pasado, colaboraron en esto, las alumnas internas de medicina de la Universidad Católica, que incorporaron dentro de su curriculum el trabajar en primeros auxilios”.

“Hemos ido entusiasmando a la gente que ha visto que el establecimiento de salud no es solamente para atender a los enfermos, que la organización a la que uno pertenece, independiente cual sea, debe tener incorporado el control mínimo de salud, sobre todo cuando se habla de hipertensión, que está llegando a niveles bastante alarmantes, por lo menos en esta comuna. No era costumbre, que en una organización aparezcan de repente tomándole la presión a las personas, eso ya es un síntoma. Estas actividades, poco vistas han ido saliendo como algo natural y ha significado que la gente tome más conciencia. Incluso muchos dirigentes que han sido afectados y han estado en la UCI, han tenido que reconocer que hay que darle importancia a la prevención, y que la labor nuestra como organización social es ver cómo nos apoderamos de la promoción. La idea es que las organizaciones sociales, sean, las que el día de mañana estén liderando todo el tema de promoción en salud que sean las responsables del cuidado de los sanos para que no se enfermen, y que una vez que se enfermaron puedan hacer un acompañamiento. Hay que ir advirtiéndoles a las personas, poniéndoles un disco pare en las conductas que pueden afectarles su salud”.

“Nosotros partimos en el hospital de Tomé y después surgió el Consejo de Participación Social en Salud a nivel de Servicio, pero como resultado de que se constituyeron todos los consejos y había que crear una instancia superior, porque nosotros podíamos entendernos con la autoridad del establecimiento, pero había otra instancia que definía la política del sector. Y como estaba la voluntad de su director que quería que en ese nivel también, participara la comunidad y como habíamos captado que había que seguir más arriba, coincidieron los dos lados. Ahí, nos integramos al Consejo donde participan los directores de establecimientos, la dirección de salud y también nosotros tratando de aportar de acuerdo a nuestra capacidad, porque a ese nivel la discusión técnica es elevada y se da entre dos sistemas de administración de salud, como la municipal o primaria y la secundaria que tienen administradores distintos. En una primera instancia no entendíamos mucho, porque para nosotros todo era la misma cosa y tuvimos que ir aprendiendo. Además, como ahí estaba la autoridad sanitaria, también se empezó a hablar de que venía una Reforma a la salud. No entendíamos porque íbamos con otra lógica, pero tuvimos que hacer esfuerzos e ir integrando al resto de las organizaciones porque si queríamos ser un actor relevante y tener incidencia en las políticas de salud, teníamos que tener claro qué es lo que pasa en el sector y de ahí nuevamente bajar a los establecimientos para ver los indicadores: de qué se nos enferma la gente, de qué se nos está muriendo y qué podemos hacer nosotros. Así empezaron a tener más sentido las reuniones y entendíamos las cuentas públicas de los establecimientos”.

“En prevención hemos tratado de potenciar todas las campañas del Ministerio, sobre todo en el período de las vacunaciones, porque aquí existía el concepto de que cada vez que me vacuno me enfermo, entonces no había mucho interés en vacunarse. Y en el caso de la próstata, donde el hombre es bastante reacio a hacerse los exámenes también hemos ido de a poco creando conciencia porque a partir de eso, pensamos iniciar alguna demanda



para hacer una campaña con la seguridad de que si ésta se inicia vamos a tener 300 ó 400 personas haciéndose el examen. Porque como está ahora la situación si se hace una campaña a lo mejor sólo van a llegar dos”.

“Hemos ido avanzando con todas las dificultades que esto tiene y formando personas en distintas áreas. En la primera etapa, nos concentramos en el desarrollo y fortalecimiento de las organizaciones sociales de salud, y después entramos en la etapa del autocuidado. O sea, que las organizaciones fueran asumiendo el tema de salud como una de sus prioridades. Ahora estamos empezando a trabajar en el tema de los presupuestos participativos, que para nosotros va a ser un gran aprendizaje”.

## Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Sur

### Desarrollo de modelos<sup>72</sup>

El Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS) tiene una población a su cargo cercana al millón de personas.<sup>73</sup> Con esa magnitud los recursos siempre son escasos y la coordinación difícil. Por eso, sus gestores entendieron muy tempranamente que debían poner su creatividad y energía en la tarea de constituir una red eficiente con los medios que disponían.

Así, en marzo de 2004 crearon la Unidad de Articulación de la Red, dependiente de la Subdirección Médica, en torno a dos áreas de trabajo: una en el ámbito de la red electiva y otra en el ámbito de la red de urgencia. Esta unidad se ha encargado de diseñar e impulsar diversas estrategias y modelos, bajo el convencimiento de que, entre otras cosas, deben agilizar y acortar la interfase entre la atención primaria y los niveles de especialidad en beneficio de los usuarios, facilitando el flujo de pacientes e información a través de la red.

### Modelo de red territorial

Dada la cantidad y diversidad de comunas sobre las que esta red tiene responsabilidad, para efectos operacionales dividieron el territorio en cuatro micro redes:

- La micro red sur-oriente, integrada por el Hospital El Pino, el Hospital Parroquial de San Bernardo y los consultorios de San Bernardo, El Bosque y Calera de Tango comunas que derivan a los hospitales señalados.
- La micro red sur-sur, integrada por el Hospital San Luis de Buin y los consultorios de las comunas de Buin y de Paine, que corresponden a un territorio eminentemente rural.
- La micro red sur-central, formada por el Complejo Asistencial Barros Luco, y los consultorios de las comunas de San Joaquín, San Miguel, Lo Espejo, La Cisterna y Pedro Aguirre Cerda, con un carácter urbano. Esta micro red también incluye al Hospital Lucio Córdova, por estar ubicado en el mismo terreno que el Complejo Asistencial Barros Luco, aun cuando recibe derivaciones por enfermedades infecciosas de toda el área, al igual que el Complejo Barros Luco, cuando la capacidad resolutive de los otros hospitales de la red se ve sobrepasada.

<sup>72</sup> Informante: Doctora Angélica Verdugo, Subdirectora Médica. S.S. Metropolitano Sur.

<sup>73</sup> Ver ficha técnica.

- La red sur-pediátrica incluye el Hospital de Niños Exequiel González Cortés, que atiende a las comunas de San Joaquín, San Miguel, Lo Espejo, La Cisterna y Pedro Aguirre Cerda como nivel secundario y a todas las comunas de la Red Sur; que derivan a los hospitales San Luis de Buin, El Pino y Parroquial de San Bernardo.

Cada micro red está coordinada por un profesional de la Unidad de Articulación de la Red del SSMS, quien es responsable de verificar que el flujo de pacientes se desarrolle sin problemas y convocar a las reuniones de coordinación, que son de dos tipos:

- Articulación central: está representada por toda la red. Asisten el equipo de la Unidad de Articulación de Red del Servicio, los jefes comunales de salud y los representantes de la red electiva o de la red de urgencia de los hospitales, según cual sea el tema a tratar en la reunión.
- En cada una de las reuniones territoriales se coordina una micro red. Allí intervienen los jefes de hospitales y los directores de consultorios de esa micro red, así como el representante de la Unidad de Articulación de Red responsable de la micro red convocada.

### **Modelo de red por prioridades sanitarias**

Junto con organizar micro redes con un criterio territorial, en el Servicio de Salud Metropolitano Sur también dieron forma a otro tipo de redes de acuerdo a prioridades sanitarias. Actualmente funcionan las siguientes:

- Red de Salud Cardiovascular: constituida en mayo de 2004. Su existencia se justifica por el alto índice de morbilidad y muerte asociada a esta patología. Se articula en torno a un consejo de salud cardiovascular en el que participan representantes de la atención primaria y del nivel secundario, que se desempeñan en los distintos hospitales de la red. Allí trabajan transversalmente la articulación de la salud cardiovascular, analizando los problemas que tienen y los recursos con que cuentan, para desarrollar estrategias comunes de solución.
- Red de Salud Mental: re creada en el año 2002 pues su existencia data de 1997. Ésta se justifica porque el Servicio de Salud Metropolitano Sur fue escogido por el Ministerio de Salud como área de validación en el modelo de salud mental y siquiatría comunitaria. Se forma en torno a un consejo de salud mental en el que intervienen representantes de la atención primaria, especialistas y directivos de todos los hospitales de la red que cuentan con esta especialidad. Juntos analizan estrategias de desarrollo del nuevo modelo a la luz de la praxis, y se preocupan de la evaluación y el perfeccionamiento de aquellas que ya han implementado.
- Red AUGE, instaurada el año 2004: Usa el modelo de articulación de la red interniveles, definido en función de las prioridades que tiene el AUGE. En esta red intervienen todos los establecimientos de la zona.
- Red Materno Perinatal: Se justifica por la vulnerabilidad de la población de la que es responsable. En ella participan los jefes y neonatólogos de las cuatro maternidades que operan dentro de la red.



## Flujos en la red

Uno de los temas más recurrentes en las reuniones de todas las micro redes es el de las listas de espera para atención de especialidades. Ello llevó a la red Metropolitana Sur a concentrar parte de sus esfuerzos en resolver ese problema, para lo cual han desarrollado iniciativas que les permiten acumular una interesante experiencia al respecto.

Entre las muchas estrategias, llevadas a cabo, está la compra de servicios de especialidades a través de aquellos establecimientos de atención primaria que cuentan con mayores recursos.

Asimismo, han elaborado protocolos de referencia que permiten discriminar de mejor manera a los equipos de atención primaria cuándo derivar y cuándo no hacerlo a un usuario a la atención secundaria o terciaria. Estos protocolos señalan, por ejemplo, los síntomas, los resultados de exámenes preliminares y el historial del paciente y su familia que justifican o no su flujo hacia otros niveles de la red. “Protocolo -nos dijo la subdirectora médica de la red Metropolitana Sur- es un acuerdo entre las partes que define cómo utilizamos mejor los escasos recursos”.

Los protocolos han servido para ordenar y racionalizar el uso de los recursos, pero dado que su elaboración es participativa, pues para ello se juntan los especialistas de distintos establecimientos con los equipos de atención primaria y los articuladores de red, hay una toma de conciencia generalizada respecto a los problemas, sus causas y soluciones. Por sí, esto provoca un cambio positivo en la actitud de todos los involucrados, y surge entre ellos una dinámica de colaboración y compromiso orientada hacia la resolución de los conflictos.

Junto con determinar cómo circulan los usuarios desde los centros de atención de menor complejidad hacia aquellos más complejos, también se han puesto de acuerdo en cómo deben hacer el camino de regreso.

Ello, porque en todas las reuniones los médicos de atención primaria han hecho notar que enfrentan dificultades en el seguimiento de los usuarios, muchos pacientes ignoran -o no saben explicar- los procedimientos y tratamientos a que fueron sometidos mientras estaban en los niveles de mayor complejidad, así como las recomendaciones que recibieron de los especialistas. Por ello, es importante que los médicos de atención secundaria y terciaria refieran esos antecedentes por escrito.

Al interactuar unos con otros, ha ido surgiendo la conciencia del problema, sus implicancias para la buena atención de los usuarios y, por lo tanto, hay una actitud de mayor disposición a cumplir con estos requisitos por parte de los especialistas. Aquí, según lo relatado, ha sido clave la obligatoriedad de conversar y la generación de confianzas mutuas entre los representantes de los distintos niveles.

“El trabajo en red es una estrategia que crea vínculos de articulación e intercambio entre instituciones, pero mucho más importante, entre personas, porque si los sujetos no tienen voluntad de vincularse en función de objetivos compartidos no se puede hacer nada. Si el cardiólogo jefe, por ejemplo, no tiene compromiso con la resolución de los problemas en la atención primaria o con los usuarios, es poco lo que se va a lograr. Pero cuando las personas se asocian buscando un objetivo común, que es atender bien al usuario, hacen equipo”, afirma la subdirectora médica.

Asimismo, aclara que los protocolos elaborados de esta manera siempre tienen un margen de flexibilidad para aquellos casos que, por una u otra razón, se salen de la norma. La flexibilidad es posible porque al conocerse, interactuar y dialogar cara a cara, los equipos de los distintos niveles pueden iniciar un proceso de comunicación telefónica o mediante e-mail para consultas o resolución de temas puntuales.

Para ello, a falta de red computacional, están usando hojas impresas de interconsulta que van y vienen entre los distintos niveles, de modo que junto al flujo de usuarios haya flujo de información.

### **Capacitación gestionada**

Otra estrategia, de distinta índole, ha sido gestionar la demanda por consultas de especialidades, es decir, mejorar la capacidad para resolver de los equipos de salud de atención primaria, de modo que disminuyan los casos que es necesario derivar a los especialistas de los siguientes niveles.

Con este fin también han probado distintos métodos, como la consultoría. Ésta consiste en que un especialista va a un consultorio, donde se reúne con el equipo de salud que remite usuarios a su especialidad (por ejemplo, los siquiátras se juntan con el médico, la asistente social y la sicóloga de atención primaria). El consultorio presenta los casos que considera difíciles, a través de fichas o con la presencia del paciente y analizan cuáles efectivamente deben pasar al nivel secundario o terciario y cuáles no, porque el nivel primario tiene herramientas de manejo para ello.

Este método deja como resultado ganancia de conocimiento mutuo entre los especialistas y los equipos de salud de la atención primaria; acopio de conocimientos teóricos así como mayor seguridad en el nivel primario; y desahogo de los especialistas, por cuanto reciben sólo aquellos casos en que su participación resulta indispensable.

En el ámbito de las dificultades, se ha detectado reticencia de algunos especialistas a ir a los consultorios y reclamos desde los encargados de gestión, quienes consideran que al restar horas de atención a estos profesionales se reduce la productividad de su establecimiento y, en lo inmediato, aumentan las listas de espera. En ambos casos, es posible, advertir que se privilegia al inmediatismo, faltando internalizar culturalmente el modelo colaborativo de red y valorar las estrategias de mediano y largo plazo. Sin embargo, se está trabajando en modificar la unidad de articulación de la red.

Otro método puesto en práctica son las reuniones clínicas conjuntas. En este caso un hospital, por ejemplo el de niños, invita a sus reuniones clínicas a los médicos de los consultorios que hacen pediatría. Así estos pueden aumentar sus conocimientos escuchando a los especialistas, lo que a la larga también redundará en un mejoramiento del sistema y en una reducción de las listas de espera. Pero ahora quien reclama es el director del consultorio, que durante algunas horas tiene un profesional menos para atender a los pacientes.

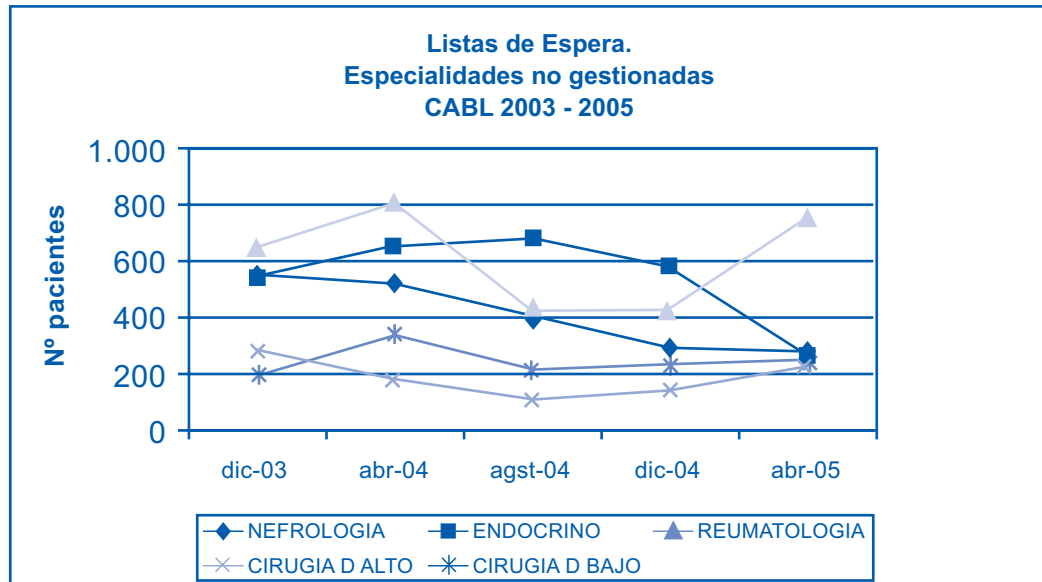
A la luz de los problemas detectados, el Centro de Diagnóstico y Tratamiento del Hospital Barros Luco elaboró la metodología de la capacitación gestionada. El punto de partida es analizar las listas de espera y seleccionar aquellas especialidades en las que existe mayor demanda y/o dificultad en el flujo de los pacientes por falta de especialistas.

Enseguida, los especialistas de las áreas seleccionadas invitan (citan) al hospital a los médicos de atención primaria que les hacen derivaciones, pero esta vez no solos, sino que con un grupo de sus pacientes a los que ellos consideran casos que es necesario derivar a los siguientes niveles.

Allí, en conjunto, examinan los casos, el especialista va transfiriendo su experiencia, y explicando cómo pueden resolver en el consultorio aquellas situaciones de menor complejidad. Los médicos de atención primaria aprenden de los casos propios y de los que han llevado sus colegas; cumplen con su obligación de atender pacientes, y el médico del hospital no se ve compelido a abandonar su puesto de trabajo.

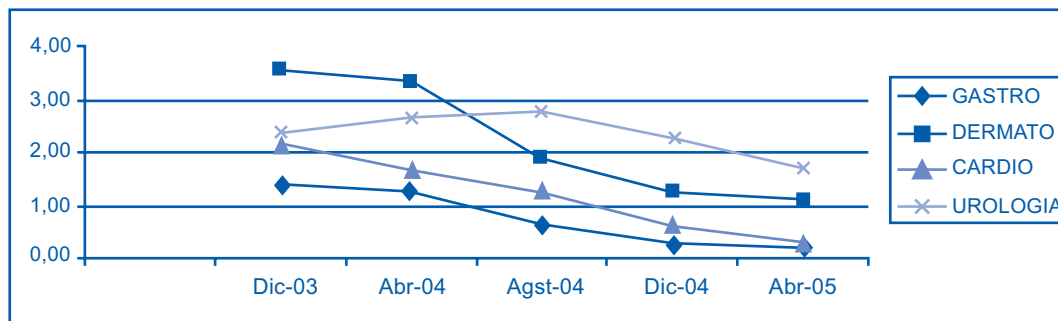
Al desarrollar esta metodología, a la luz de la práctica los gestores y articuladores de red apreciaron que algunos especialistas tenían condición innata y vocación para enseñar, mientras que otros carecían de la habilidad y el entusiasmo para ello. Por eso ahora están “formando a los formadores”, enseñándoles a hacer capacitación gestionada.

Este método ha tenido un impacto inmediato y sostenido en las listas de espera, como lo muestran los siguientes gráficos comparativos de especialidades gestionadas y no gestionadas.



El gráfico muestra el número de personas en espera para las especialidades seleccionadas. La lista de espera de las especialidades que aún no han tenido intervención, como por ej. capacitación gestionada, se comportan aleatoriamente en el tiempo, como se observa en este gráfico.

## Lista de espera. Especialidades gestionadas CABL 2003-2005



El gráfico muestra la tasa de interconsultas por 1.000 para las especialidades seleccionadas. Las listas de espera de las especialidades que han tenido intervención, con capacitación gestionada, se comportan a la baja persistente en el tiempo, como se observa en el gráfico anterior.

### Gestión de la red

Para conocer la interfase entre la atención primaria y la especializada, en el año 2001, junto con la creación del Centro de Diagnóstico y Tratamiento del Complejo Asistencial Barros Luco, fue instalada ahí una oficina de coordinación de la red. Ella cuenta con dos profesionales destinados exclusivamente a gestionar las horas de especialidades que solicitan los consultorios. La idea es co-gestionar la interfase con co-responsabilidad, entre el nivel primario y secundario, intentando asegurar la continuidad de la atención, para evitar el tránsito de los pacientes. El desafío es gestionar la interfase desde la oferta, nivel secundario, y desde la demanda de atención primaria, para dar la mejor oportunidad de atención a las personas.

Esa oficina reúne toda la información de las listas de espera de los consultorios y sus funcionarios toman con gran profesionalismo su labor que cuando un establecimiento de atención primaria no les entrega los datos a tiempo, van ellos mismos a buscarlos. A falta de los recursos tecnológicos y de un programa computacional diseñado para estos efectos, que se espera esté disponible en el primer semestre de 2006, procesan los datos con los medios actualmente a su alcance. Cada tres meses, analizan la demanda de cada consultorio por diagnóstico y por especialidad.

Todo ello permite conocer las especialidades en las que hay más espera, los diagnósticos involucrados, hacer hipótesis respecto de las causas por las que ocurren determinadas falencias, investigar si ellas son correctas y luego desarrollar estrategias para resolverlas. Por ejemplo, aplicando la capacitación gestionada, incrementando los cupos de especialidad que entregan a la atención primaria y haciendo esfuerzos por disminuir la pérdida de ellos a causa de diversas razones, como la inasistencia de los pacientes. Así, han obtenido un importante porcentaje de éxito.

El modo en que la red es gestionada desde la oferta o atención secundaria consiste, principalmente, en una programación rigurosa. Todos los médicos especialistas tienen una

agenda diseñada y controlada para garantizar que se produzca la menor pérdida posible de horas de especialidad, tanto en la atención cerrada (camas) como abierta (consulta). Asimismo, los funcionarios y funcionarias efectúan una coordinación tal, que asegure que durante la consulta los especialistas tendrán a la vista todos aquellos antecedentes (fichas y exámenes) que requieren respecto del usuario que están atendiendo para aumentar la eficiencia de la interconsulta.

Asimismo, la cartera de servicios por especialidades es estructurada en esta red de acuerdo a las necesidades detectadas a partir de las derivaciones y listas de espera. En otras palabras, las especialidades y sub especialidades ofrecidas se deciden en función de los tipos de atención demandados. Por ello es que esto se revisa periódicamente, contribuyendo a determinar el perfil de profesionales que requiere la red.

Por otra parte, el manejo y asignación de los cupos fue trasladado desde la atención secundaria a la primaria, por lo que ahora los consultorios deciden a qué usuarios les dan prioridad. Para ello han constituido comités de listas de espera o de red electiva en la APS.

Junto con ello, desarrollaron el modelo del direccionador de consultas, un médico internista que revisa las derivaciones y ve cuál es el grado de complejidad de atención que requiere un determinado usuario en la atención secundaria o terciaria. También ver al mejor de los especialistas o sub especialistas disponibles para atender un determinado caso. Además verifica que se acompañen todos los exámenes necesarios para llegar a la interconsulta y si ellos no están, los solicita personalmente.

Como resultado de todos los esfuerzos, las listas de espera de atención primaria entre junio de 2003 y abril de 2005 han caído a la mitad y sigue la tendencia descendente. Incluso en otorrinolaringología y oftalmología, dos especialidades donde hay falencia prácticamente a nivel de todo el sistema público de salud, también se observa una caída del 37%.

### **La unidad de articulación de la Red del SSM Sur**

Esta red pudo haber esperado a tener todos los recursos disponibles para empezar a operar plenamente y, mientras tanto, quejarse. Pero nada más lejos de la realidad. Una muestra de esto: “Como Servicio estamos instalando un sistema informático que estará listo en marzo del próximo año. Entonces podremos ordenar los cupos de manera electrónica, pero no podemos esperar a que lo instalen para empezar a trabajar, porque los usuarios nos están golpeando las puertas”, afirma la Subdirectora Médica.

Una vez más la clave parece estar en las personas: en el cambio de la cultura organizacional, en el compromiso con el cumplimiento de la misión y de los objetivos comunes.

Un papel relevante en esta materia ha sido la estructuración de la unidad de articulación de la red del SSM Sur, ya mencionada, con un equipo interdisciplinario formado por una matrona, una enfermera, un enfermero, un kinesiólogo y un médico que la encabeza. Ellos, junto a los directivos del Servicio de Salud Metropolitano Sur, asumen la responsabilidad de que la red opere, sustentados en un liderazgo basado en la conducción y no en el autoritarismo.

En esa perspectiva, para los cargos fueron seleccionadas las personas que tenían la voluntad y el mejor perfil para cumplir con los objetivos encomendados. Así, quien dirige la unidad es un médico validado por todos sus pares debido a su conocimiento del sistema: trabajó en la atención primaria y secundaria así como en el Ministerio de Salud y fue director del Hospital Barros Luco. Por lo tanto, siempre sabe de lo que habla, ha enfrentado los mismos problemas que hoy día le plantean y ha tenido similares experiencias, por lo que puede comprender a los demás y hacerse entender por ellos. Tres de los profesionales, en tanto, son personas con experiencia en redes porque participaron en creación de la oficina de coordinación de Red del CDT Barros Luco, y un cuarto, que es más joven, comprendió rápidamente el sentido del trabajo. Además, todos tienen la capacidad de comunicar y de relacionarse, por lo que pueden trabajar sin problemas con los directores de los establecimientos.

Ello revela que no hay profesionales mejores o peores en genérico, sino que las personas son aptas para distintas funciones y ello depende no sólo del curriculum sino que también de sus capacidades y habilidades, es decir, de sus características como seres humanos. Por lo tanto, el criterio orientador de la selección de personal debiera ser el cruce entre el perfil del cargo y de quien lo desempeñará, lo que requiere de un previo análisis que contribuirá notoriamente al éxito posterior.

## Red Asistencial del Servicio de Salud Metropolitano Oriente

### La elasticidad de las redes<sup>74</sup>

Cuando enfrentó la necesidad de configurar una red pública de atención de salud, en el año 2003, el equipo del Servicio de Salud Metropolitano Oriente partió por definir un marco teórico, que pone énfasis en cuatro grandes objetivos:

El primero de ellos es **fortalecer todos los intercambios entre los distintos dispositivos de la red**. Ello quiere decir intercambio (o flujo) de pacientes, de información y conocimiento; y de recursos o transacciones comerciales, especialmente cuando estos últimos ocurren entre prestadores o proveedores que tienen distinta dependencia (pública, privada o municipal). Esta red utiliza esta clase de intercambios, por ejemplo, tiene externalizados mediante convenios los hogares protegidos, comunidades terapéuticas y centros de rehabilitación que forman parte de la red de salud mental.

El segundo ámbito es la **configuración de la red (o de las redes)** porque en este caso al interior de la red metropolitana oriente operan muchas micro redes, estructuradas en torno a distintas temáticas. Cada una de ellas se diferencia en cuanto a los dispositivos, establecimientos o instituciones que las integran y que deben coordinarse entre sí. Es decir, como explica la directora del Servicio: “Nuestras redes pueden ser muy acotadas o muy amplias. Para algunas prestaciones de alta complejidad la red es todo el país, en ciertas especialidades, damos servicios para toda esa zona geográfica. En cambio, para otro grupo de prestaciones nuestros dispositivos son solamente los que pertenecen a la red de salud oriente que es nuestra jurisdicción; y para otros dispositivos son nada más que determinadas comunas. En el fondo, la extensión de la red depende de con cuántos dispositivos trabajamos cada tema y eso es muy flexible porque desde el punto de vista

74 Dra. Andrea Poblete. Tiene un magister en psicología social, cuya tesis fue en redes sociales, año 2000.

de su configuración, la red no es estática, sino que al contrario es súper dinámica”.

El tercer aspecto es la **integración de la red**, para lo cual desarrollan herramientas, estrategias y metodologías orientadas a compatibilizar los intereses de los distintos dispositivos que integran la red de modo que trabajen con un mismo sentido y objetivo. Con ese fin utilizan mecanismos de evaluación y planificación estratégica participativa. Asimismo, utilizan los Consejos de Desarrollo y los CIRA como instancias de integración de la red. En la evaluación participativa buscan siempre una amplia representación. Por ejemplo, para evaluar la red de urgencia convocan a los usuarios y a los estamentos que cumplen funciones en esta área.

Al respecto, la doctora Andrea Poblete explica: “Tenemos una historia en participación, somos pioneros en los consejos inter sectoriales de participación, los consejos de promoción y en los consejos de salud mental. El Consejo Integrador de Red Asistencial (CIRA) que se supone es un compromiso de gestión, lo implementamos desde el año 1997. Existen seiscientas organizaciones sociales que trabajan con nosotros y hemos firmado compromisos de acción con alrededor de 150, para distintos programas de salud relacionados con la educación, la difusión del AUGE y distribución de medicamentos con algunas organizaciones de auto ayuda”.

El cuarto punto es **desempeño**, que consiste en focalizarse en los resultados y el cumplimiento de metas de cada uno de los dispositivos de la red en base a instrumentos de supervisión.

Para encargarse de esas áreas tienen distintos departamentos.

La configuración de la red está a cargo del **departamento de planificación**, que diseña y planifica modelos de atención, prestaciones, proyectos y actividades. Este departamento está integrado por siete profesionales que forman un equipo interdisciplinario, cuyas especialidades van desde la ingeniería a la salud pública, pasando por la epidemiología. Trabajan armónicamente debido a que la dirección del Servicio impulsó un fuerte proceso de reestructuración, después del cual los funcionarios están llanos a trabajar realmente en red y a cambiarse de unidad si es necesario.

Los temas de intercambios y desempeño están bajo la responsabilidad del **departamento de coordinación**, que articula, coordina, interactúa y supervisa, operando los diseños del departamento de planificación. El equipo en este caso está integrado por profesionales de la salud: médicos, enfermeras, asistentes sociales, psicólogo, nutricionista y kinesiólogo. Ellos coordinan a los distintos establecimientos y los relacionan. Asimismo, supervisan las metas de desempeño elaboradas por la dirección.

La integración de la red, por su parte, se hace a nivel del equipo directivo y con la colaboración de los departamentos, porque, según la directora: “Aquí todos trabajamos juntos y sabemos de todo. Esta dirección es bien particular. En general, las áreas administrativas están fundidas con las áreas técnicas, no hay mucha separación”.

### **Tecnologías de información al servicio de la red**

En el área de intercambio se ubica el sistema informático, que es uno de los logros



importantes de esta red. Dicho proyecto -que surgió en el año 2001 como idea y se implementó en enero de 2002- apunta a la derivación y contra derivación de pacientes entre la atención primaria y la atención especializada vía internet. Asimismo permite la utilización de una agenda médica y provee de información para la toma de decisiones en lo que se refiere a la gestión de listas de espera y relación oferta/demanda.

Al respecto, la doctora Poblete explica: “A nivel de la dirección del Servicio explicitamos lo que queríamos, que era informatizar todo el flujo de interconsultas desde el nivel primario al secundario. La unidad de proyectos que depende del área de planificación diseñó los flujos del software y definió las tecnologías a utilizar de acuerdo al producto final a lograr. No fue un proceso de escritorio sino, que se elaboró de manera bien conversada. Demandó un gran esfuerzo, pero valió la pena porque desde que opera no hemos tenido falla de ninguna especie. Después de diseñar el proceso, abrimos una licitación pública para la adjudicación del proyecto, e iniciamos la primera etapa con una capacitación para los operadores del sistema”.

Básicamente, este sistema consiste en que en el consultorio de atención primaria ingresa la interconsulta a una página web mediante un software que recoge los datos sociodemográficos, de morbilidad y en general la información que se requiere. El sistema chequea si la inter consulta está de acuerdo con la normativa técnica de referencia y de contra referencia establecida por el Servicio, la que es actualizada cada tres meses. Si está de acuerdo, el consultorio accede a la agenda médica del hospital y anota al paciente con el especialista respectivo. Así el usuario se va a la casa con su hora desde el consultorio. Lo único que hace el hospital es cargar la agenda con la oferta de las horas médicas que existen y supervisar los tiempos. Si hay déficit de horas, supervisa los tiempos y planifica las agendas.

El sistema contiene indicadores relacionados básicamente con la productividad de interconsultas, el perfil epidemiológico, las listas y tiempos de espera, las horas disponibles versus las horas asignadas, los rechazos y las pérdidas de horas por inasistencia del médico o del usuario. De ese modo, permite hacer un balance de todos los tiempos de espera con la brecha de oferta/demanda. En ese sentido, es una base de datos abierta que permite solicitar al sistema los indicadores requeridos.

Asimismo, facilita el rastreo individual de los pacientes, y también un seguimiento estadístico, por cuanto lleva el registro de interconsultas, epidemiológico y el historial de los casos.

Debido a la ayuda que la información procesada por el sistema aporta a la gestión, las listas de espera se han reducido de manera notoria.

Actualmente el sistema está instalado en los ocho hospitales y 16 consultorios de la red. Funciona a través del arrendamiento del software y los equipos a la empresa que ganó la licitación del servicio.

### **Estrategias de trabajo en red**

Como parte de su marco teórico, el Servicio de Salud Metropolitano Oriente elaboró un documento de orientaciones técnicas de trabajo en red, del cual reproducimos su acápite de estrategias, porque a pesar de ser elaborado sobre la base de la realidad de ese



Servicio, es extrapolable a otras situaciones. Asimismo, contiene un párrafo final sobre herramientas a considerar en el trabajo en red.

### **1. Intercambios eficaces de usuarios y pacientes** (rápidos, expeditos, continuos, simples)

- Organización de los flujos
  - Actualización permanente de las normas de referencia y contrarreferencia entre la atención primaria y especializada.
  - Elaboración y actualización de los protocolos de referencia y contrarreferencia entre la atención primaria y especializada.
  - Seguimiento de casos complejos en la red.
  - Información y orientación al usuario sobre los roles de cada servicio sanitario y los flujos de atención.
- Regulación del acceso a la atención primaria y especializada
  - Gestión de las listas y tiempos de espera.
  - Redefinición de los procesos administrativos de admisión y dación de horas.
- Fortalecimiento de servicios integrales y resolutivos, en el enfoque de salud familiar
  - Formación de equipos interdisciplinarios de trabajo a nivel de la especialidad.
  - Organización de nuevos servicios sanitarios en el modelo de redes.
  - Redefinición de los procesos técnicos de atención médica, de enfermería y servicios de apoyo a nivel de la especialidad.

### **2. Intercambios eficaces de información y conocimiento** (permanente, confiable, útil)

- Desarrollo prioritario de la tecnología informática
  - Correo electrónico
  - Internet
  - Derivaciones
  - Telemedicina
  - Administración interna
- Fortalecimiento de espacios de encuentro a nivel directivo, administrativo y técnico
  - Pasantías de la atención primaria a la especialidad.
  - Consultorías de la especialidad en la atención primaria.

- Reuniones periódicas de equipos directivos y operativos.
- Formación de equipos multiprofesionales e interdisciplinarios en áreas específicas prioritarias.
- Fortalecimiento de la recolección, procesamiento y análisis de datos diversos
  - Mejora continua de los registros estadísticos habituales.
  - Desarrollo de metodologías de evaluación e investigación estandarizada.
  - Aplicación de la herramienta informática en el procesamiento de datos estadísticos y de gestión.
- Desarrollo de métodos de difusión y comunicación social
  - Capacitación en habilidades comunicacionales para líderes.
  - Implementación y desarrollo del Boletín Red Salud Oriente
  - Implementación de talleres de intercambio informacional con funcionarios a nivel de Servicio.

### **3. Intercambios eficaces de recursos** (transacciones seguras, transparentes, válidas)

- Introducción de herramientas para compra y venta de servicios al interior de la red
  - Convenios marco
  - Facturación y pago por prestaciones
- Transparencia de insumos y fármacos entre el nivel especialista y la atención primaria, focalizado a programas especiales de seguimiento primario
- Transferencia de recursos humanos:
  - En términos académicos y de extensión
  - Como apoyo asistencial entre los diversos puntos de la red

### **4. Implementación de metodologías activo-participativas y de trabajo comunitario**

- Planificación participativa: Proceso colectivo de definición de prioridades y objetivos específicos de trabajo.
- Evaluación participativa: Proceso colectivo de revisión de logros y resultados obtenidos.

- Fortalecimiento del Consejo Integrador de la Red Asistencial y los Comités Técnico Consultivos.

#### **5. Fortalecimiento de los procesos político-administrativos en la consecución de recursos para la red**

- Perfeccionamiento de los proyectos de inversión en infraestructura y equipamiento 2004-2006
- Perfeccionamiento del programa de prestaciones valoradas
- Replanificación de las dotaciones necesarias, a nivel primario y especialidad
- Fortalecimiento de las alianzas público-privadas en función de proyectos específicos
- Centralización y/o concentración de algunos servicios de apoyo e industriales

#### **6. Desarrollo prioritario de estrategias de capacitación para el personal**

- Elaboración de planes y programas de capacitación local, de acuerdo a las necesidades de la Red Salud Oriente
- Fortalecimiento de estructuras que validen los procesos de capacitación del personal: Comités bipartitos y Secciones de capacitación a nivel de cada establecimiento
- Asignación de marco presupuestario específico para este tipo de actividades
- Elaboración y desarrollo de programas de intercambio nacional e internacional para el perfeccionamiento de profesionales, técnicos y administrativos

#### **7. Fortalecimiento de la supervisión técnica como herramienta, en el cumplimiento de los planes, programas y acciones de salud, establecidas y comprometidas en cada dispositivo sanitario**

#### **8. Implementación de monitoreo a través de indicadores**

- Generación de indicadores permanentes en las áreas sanitarias administrativa y financiera
- Incorporación de la herramienta Balance Score Card para la gestión global

#### **Herramientas a considerar en el trabajo en red**

- Compromisos de gestión y desempeño
- Evaluación y monitoreo permanente a través de indicadores
- Convenios de servicios y prestaciones

- Participación y control social
  - Negociación y mediación
  - Incentivos/desincentivos
  - Supervisión de procesos
  - Medidas administrativas

## Macro Red Asistencial de la Quinta Región

### Unido/as por un objetivo común<sup>75</sup>

Según refieren sus protagonistas, en la formación de la macro red de la Quinta Región<sup>76</sup> confluyeron dos hechos de diversa naturaleza. Por una parte, existía una necesidad de política sanitaria, como era implementar la red de atención del cáncer con motivo del programa piloto del AUGÉ. Y por otro lado, en la misma época se produjo una situación coyuntural que reveló problemas de fondo y que llevó a que la red no fuese sólo una declaración de principios sino que, se convirtiera en una práctica, una filosofía y una cultura organizacional compartida.

El problema puntual, que conviene conocer para darse cuenta de que es la realidad la que impone las redes, fue que una especialista en quimioterapia del hospital Carlos Van Buren, que ofrecía esa especialidad para los Servicios de Salud de Valparaíso, Viña y Aconcagua, se trasladó durante un verano a una clínica privada, con permiso sin goce de sueldo. Como sus servicios eran necesarios en el sector público, comenzó a recibir a los pacientes en la clínica, pero con un costo elevado, lo que generó roces entre los Servicios por determinar quién pagaba las cuentas. El hospital Carlos Van Buren, estimaba que las prestaciones adquiridas en el sector privado para los pacientes derivados por los Servicios de Aconcagua y de Viña del Mar debían ser asumidas por esos Servicios, mientras que estos afirmaban que ellos derivaban los pacientes, pero que el hospital tenía la obligación de atenderlos porque para eso recibía un aporte de FONASA y por lo tanto, era su responsabilidad comprar los servicios si no podía proveerlos por sí mismo.

Antes de que la sangre llegara al río, se reunieron los directores y directoras de los tres Servicios involucrados y el director de FONASA, en su rol de financiador. Luego de las primeras reuniones también se integró la encargada del Equipo de Monitoreo Integral (EMI) del Ministerio de Salud para la Quinta Región.

Al analizar el tema, estimaron que se trataba de un problema delicado, que cuestionaba el modelo de red que intentaban aplicar. Consideraron que no era posible dar una señal, de que si un especialista, emigra al sector privado seguirían comprando sus servicios, a un precio que arriesgue la quiebra del sistema. Tampoco consideraron pertinente, permitir que por esa vía llegaran a desmantelarse los servicios de especialidad crítica en el sector público.

<sup>75</sup> Informantes:

- Doctora Cecilia Morales, ex EMI Quinta Región
- Doctor Juan de Dios Reyes, EMI Quinta Región
- Doctora Carmen Castillo, directora del Servicio de Salud Aconcagua
- Doctor Eduardo Bartolomé, director de FONASA, Quinta Región

<sup>76</sup> Le llamamos así, aún cuando los Servicios de Salud que integran esta instancia la denominan CIRA regional y el representante del EMI del Ministerio de Salud encargado de la Quinta Región, prefiere llamarla Coordinación Regional.

Entonces, en vez de tratar de subsanar la coyuntura por la vía simple de llenar el cargo con otro especialista, apuntaron al fondo de la crisis. Vieron que los servicios de oncología estaban divididos y que entre ellos faltaba comunicación, disociaciones e incluso rivalidad y tensión. Carecían de una mirada integral y de un liderazgo común. Además, no se concebían realmente como una red. En un momento llegaron a preguntarse: “¿Somos órganos autónomos que nos compramos servicios unos con otros o somos una red que colabora en la solución de los problemas de los usuarios?”.

A partir de ese análisis y de esas reflexiones surgió el modelo de solución: Una red de atención del cáncer con un servicio de oncología integrado, radicado principalmente en el Hospital Carlos Van Buren que tradicionalmente había sido centro de referencia para las tres redes de la Quinta Región, pero sin explicitar ni formalizar ese hecho. Por razones históricas, una parte de las prestaciones permaneció en el hospital Gustavo Fricke, pero en calidad de integrante de la red de oncología. Además, para reforzar ésta, el Hospital Gustavo Fricke traspasó los servicios de un médico altamente especializado para desempeñarse como jefe de quimioterapia en el Hospital Carlos Van Buren. Allí se dio la paradoja de que el Servicio que cuenta con más recursos y presupuesto, recibió de otro menos dotado en ese sentido un recurso humano muy valioso, porque lo que primó en este caso es la cultura y el concepto de red.

En menos de tres meses el nuevo modelo de atención ya estaba en pleno funcionamiento y con gran éxito. Inicialmente habían estimado que deberían comprar mensualmente en el sector privado prestaciones para entre 80 y 100 pacientes. Sin embargo, debido a la racionalización que produjo el modelo de gestión en red sólo requirieron adquirir atenciones para 30 usuarios. Y los servicios de braquiterapia, que inicialmente, se iban a comprar en Santiago, finalmente fueron autoabastecidos porque la red reparó algunos aparatos en mal estado y los profesionales se organizaron para dar esas atenciones.

Enseguida, dado que los tres Servicios estaban reunidos, revisaron otros temas relativos a la red de atención de cáncer. Por ejemplo, analizaron el modo de financiar el alojamiento de los pacientes ambulatorios derivados por hospitales alejados del Carlos Van Buren, que incluso llegan desde otras regiones. La decisión fue establecer un convenio con la Corporación Nacional del Cáncer, CONAC, una institución sin fines de lucro, preocupada de asistir a quienes sufren esta patología, y que cuenta con instalaciones al lado del hospital. Allí se alojan actualmente los usuarios que lo necesitan. El financiamiento fue asumido por FONASA, destinando a este fin los recursos que antes constituían un fondo oncológico que tenía la red del Servicio de Salud de Viña del Mar para comprar prestaciones privadas, y que en el nuevo modelo ya no necesita.

El criterio, en este caso y en otros, ha sido no preocuparse de qué Servicio es el dueño de la plata, sino que resolver los problemas de los pacientes y dar el financiamiento donde se necesita.

Debido al éxito de las primeras reuniones, decidieron institucionalizarlas, y actualmente funcionan de la siguiente manera:

- Las sesiones se efectúan mensualmente, en una fecha fija (los segundos jueves de cada mes), por lo que todos los participantes habituales la agendan para el año.

- Participan los directores y/o subdirectores médicos de los tres Servicios de la macro red; el integrante del Equipo de Monitoreo Integral del Ministerio de Salud, encargado de la Quinta Región; el director de FONASA o un representante; más aquellos profesionales o expertos que pueden aportar al tema concreto que se discute en cada sesión. Éstos reciben una invitación especial y generalmente presentan una ponencia con antecedentes que contribuyen a una toma de decisiones informada por parte de los directivos de la macro red.
- Las reuniones se desarrollan en las oficinas de FONASA, por considerarse territorio neutral.
- La agenda temática se elabora consensuadamente, sin perjuicio de lo cual el participante que lo desee puede introducir temas puntuales.
- Las decisiones se toman en conjunto y son respetadas por todos.

### Temáticas abordadas

En casi dos años de funcionamiento, la macro red de la Quinta Región ha analizado alrededor de catorce temas, encontrando soluciones y mejoramientos para muchos de ellos. Algunos de los cuales referimos a continuación, pues permiten ver la diversidad de ámbitos de utilidad de este modelo y de qué manera su aplicación detecta y hace visible los problemas que, de otro modo, permanecen mucho tiempo latentes y sin solución.

**Servicios pre hospitalarios:** Los tres Servicios de Salud de la Quinta Región lograron acordar un funcionamiento global de los servicios pre hospitalarios, sobre los que había posiciones muy encontradas. Algunos sostenían que siempre debían prestarse con médicos en el lugar de la emergencia, mientras otros pensaban que dados los recursos escasos, era necesario privilegiar un servicio eficaz de traslado de pacientes. En un momento, el debate llegó a hacerse público, siendo recogido por los medios de comunicación. No obstante, se impuso el criterio de red y convinieron en implementar un servicio regulado de atención pre hospitalaria, capaz de calificar de antemano cuando una emergencia requiere la presencia de médicos, o si es suficiente con disponer de un traslado rápido.

Además, aún cuando el sistema de fondo de desarrollo regional para la compra de ambulancias no está diseñado para postulaciones conjuntas, concordaron elaborar proyectos complementarios, de modo que los recursos asignados a la región pudieran utilizarse de manera óptima en beneficio de toda la macro red.

Igualmente, han evaluado la posibilidad de crear una unidad integrada de atención pre hospitalaria que por razones administrativas dependa de uno de los Servicios, pero que atienda a los tres. Junto con ello planean que esta unidad, además de asistir a las urgencias, desarrolle una logística para el traslado de pacientes que deben ir desde el hospital donde están internados a otro donde se harán los exámenes. Estiman que mediante una correcta programación podrán optimizar los recursos de que disponen para esos fines.

**Ley de Urgencias:** Tomaron acuerdos para racionalizar la estadía de los usuarios del sector público en clínicas privadas debido a la Ley de Urgencias. En ese sentido, asignaron al SAMU el rol de coordinar todas las hospitalizaciones de usuarios del sector público,

que deben atenderse en el sector privado por casos de urgencias con riesgo vital. Apenas toma conocimiento, el SAMU evalúa el riesgo y reserva cama en el establecimiento público más adecuado para trasladar al paciente una vez que es estabilizado.

**Vitrectomías:** Por su alto costo, en las instancias de coordinación se decidió tener un solo vitrector en Valparaíso para prestar servicios a las tres redes, y FONASA se comprometió a financiar un número determinado de prestaciones anuales. Para ello, están generando protocolos de derivación y contradervación y existe el acuerdo de manejar las listas de espera según un criterio médico, sin discriminar por la procedencia de los pacientes.

**Transplantes renales:** Sobre este tema han apuntado a coordinarse en el procuramiento de órganos dentro de la macro red, asegurando el autoabastecimiento de exámenes y la disponibilidad de especialistas para efectuar las intervenciones y el cuidado post operatorio.

**Teletón:** Otro logro de la macro red fue reunirse con esta institución, organismo privado encargado de la rehabilitación de personas con discapacidades físicas, que recibe algunos aportes del Estado para esa labor. Paralelamente, los Servicios también otorgan algunas atenciones en esta área, por lo que se produce una cierta dispersión de recursos y en algunos casos duplicación o descoordinación de esfuerzos, lo que estaba generando problemas de clima organizacional. Decidieron hacer una comisión dentro de la Quinta Región para analizar la demanda, la oferta y establecer una coordinación permanente entre la macro red pública de salud y la institución privada.

**Traumatología:** Por su topografía, la Quinta Región tiene una alta incidencia de fracturas que, en muchos casos, requieren de la implantación de prótesis de cadera. A pesar de ello, antes del funcionamiento de la macro red, esas operaciones eran escasas, lo que actualmente se ha revertido de manera notable. Al analizar el tema en forma conjunta, vieron que las fracturas que requieren prótesis no estaban constituidas como canastas valoradas, es decir, no había un estudio de costos. Se sabía que no eran económicas, pues requieren un nivel importante de tecnología y, en algunos casos, elementos importados. En conjunto, lograron hacer una valoración que fue aceptada institucionalmente a nivel nacional, por lo que hoy forma parte de las canastas que se usan en todo el país.

De paso, lograron que los especialistas se pusieran de acuerdo en un tipo de prótesis, a pesar de grandes diferencias de precio entre ellas. Utilizando la evidencia médica y haciendo un estudio de los usuarios que necesitaban este tipo de intervención y del tiempo estimado de vida útil de las prótesis, llegaron al acuerdo de usar una cuya relación precio/calidad y utilidad, era la más adecuada.

El promedio de implantación de prótesis a la cadera se elevó de 10 a 200 operaciones por año, lo que significa que muchos usuarios y usuarias del sistema público de salud de la Quinta Región han podido recuperar su movilidad y capacidad de desplazamiento sin problemas.

### **Enseñanzas y proyecciones de la Macro red**

Para conocer la experiencia que ha dejado esta macro red, solicitamos el testimonio de algunas personas que han participado en ella.



La doctora Carmen Castillo, directora del Servicio de Salud Aconcagua, quien ha estado presente en todo el proceso, resumió de esta manera su motivación para integrarse y permanecer en la instancia de coordinación.

“El hecho de haber vivido la experiencia de ser SEREMI subrogante de la V Región me permitió conocer la red asistencial en toda su dimensión, sus fortalezas y debilidades. He permanecido constantemente, en esta reunión, más que nada, para avalar la importancia de los temas que se tratan. Puedo referir que para los otros Servicios de Salud que están físicamente más cercanos entre sí con los establecimientos de mayor complejidad, existió una mayor dificultad de coordinación que para nosotros, por la historia de trabajo paralelo y competitivo entre ellos. Esta situación también afectaba a nuestro Servicio, que no tiene hospitales tipo 1, especialmente al decidir cuál de los dos Servicios recibiría a nuestros pacientes pues aquellos más complejos eran "peloteados" por los niveles técnico-asistenciales. Eso, porque antes no se definían polos, sino que más bien se desarrollaban acciones como resultado de la buena disposición de una jefatura o por las relaciones personales con algún jefe de Servicio o Unidad, pero no había nada institucionalizado. En definitiva para Aconcagua esta instancia logró la equidad con nuestros habitantes y la coordinación regional que tanto necesitábamos en los temas críticos”.

La doctora Castillo también habló de los costos que ha tenido participar en esta instancia:

“Personalmente, a mi y a nuestro equipo, nos ha significado un gran desgaste, tanto por los viajes como por el tiempo que debemos destinar a esta actividad, especialmente cuando debemos preparar propuestas o justificar responsablemente ciertas decisiones. Pero esto vale absolutamente la pena, pues obtenemos logros que satisfacen a todos y todas. Por lo tanto, no tenemos temores al enfrentar esta labor, para la que sólo se requiere aplicar valores de sinceridad, compromiso, colaboración y tolerancia. Y como actitud, hay que tener ganas de trabajar, vocación de servicio, solidaridad y comprensión”.

Finalmente, señaló el aporte que a su juicio representa el hecho de que en las reuniones estén presentes representantes de FONASA y del EMI.

“Los representantes de FONASA se nutren para lograr propuestas regionales del ámbito técnico-financiero que se analizan posteriormente en el Directorio de Compras Regional que existe. Por su parte, además de coordinar, la labor del EMI es ser un apoyo para que el engranaje funcione; debe estimular y estar atento a las discrepancias que aparecen y que entre todos subsanamos con gran asertividad”.

El representante del Equipo de Monitoreo Integral, EMI, doctor Juan de Dios Reyes, señaló lo siguiente:

“Lo concreto es que en la Quinta Región conseguimos generar un espacio de conversación que se ha hecho estable y periódico. Además de las directoras de los tres Servicios, está Fonasa que es un actor importante dentro de las relaciones entre los Servicios de Salud y los términos de producción. Nosotros como EMI en la práctica actuamos como facilitadores, lo que genera que no exista el primus inter pares, o sea se sientan Aconcagua, Valparaíso y Viña del Mar en una mesa redonda, nadie está a la cabecera. Y hay una persona que viene de afuera, que ve el conjunto y trae la experiencia de lo que está ocurriendo



en otras regiones y con otros Servicios. Las directoras tienen confianza en nosotros, asumen que no tenemos privilegios ni estamos aliados con alguna en especial, sino que estamos buscando las mejores soluciones para la Región”.

Sobre el modo de funcionamiento de la red, el doctor Reyes refiere:

“Dependiendo del tema que se va a tratar se invita a participar a los expertos locales. Por ejemplo, si el tema es neurotrauma, viene el representante del polo de desarrollo de neurocirugía que es el Hospital Van Buren de Valparaíso, más los jefes de la UTI y de Urgencia de los demás hospitales. Cada uno expone su realidad ante la presencia de las directoras que así pueden darse cuenta de cuáles son los problemas de coordinación que existen, y analizan qué recursos pueden gestionar para facilitar la atención en ese tema. Por nuestra parte, vemos que podemos colaborar a definir más claramente las normas de derivación y contra derivación, mientras FONASA enfrenta el tema financiero. Ponerse de acuerdo en ese tipo de asuntos ayuda a que el paciente tenga una atención mucho más segura. Lo interesante es que los protocolos ahora están naciendo desde abajo, porque la necesidad hace urgente que eso se defina así”.

Respecto de la experiencia concreta en este punto, el doctor Reyes comenta:

“Lo que no se había logrado en años lo conseguimos en un par de meses: que los especialistas se sienten a la mesa, conversen, asuman su responsabilidad, y entiendan que si quieren más recursos, además de atender a los 500 mil pacientes de una red tienen que atender al millón de la otra. Y si los recursos alcanzan sólo para cubrir a 800 mil personas no es posible privilegiar a las 500 mil de una zona, mientras que sólo resuelven un 30% de los problemas del otro millón. Deben buscar un equilibrio, y así lo han comprendido”.

Finalmente, el doctor Eduardo Bartolomé, director de FONASA de la Quinta Región entregó su proyección respecto al futuro de la macro red:

“No es posible asegurar absolutamente que ella se mantendrá, porque dado que la coordinación funciona entre personas, si éstas cambian puede perderse la voluntad que ahora existe. Sin embargo, en el tiempo que llevamos reuniéndonos se ha creado un conocimiento intangible, pero que se percibe, una dinámica de trabajo y una forma de hacer las cosas que se ha ido incorporando a la cultura y a las prácticas institucionales. Creo que lo más peligroso para la continuidad sería que fuéramos ineficaces, porque el intento de coordinación se transformaría en una reunión inútil. Pero si continuamos resolviendo los problemas como lo hemos hecho hasta ahora, esto es imparable, porque da una gran tranquilidad poder discutir entre pares la solución de problemas que nos afectan en conjunto. El ejercicio de los cargos directivos suele ocurrir con cierta soledad debido a una posición distinta en la estructura jerarquizada de nuestro sistema de gestión. Por ello, esto es como un seminario permanente para compartir experiencias y buenas prácticas.”

## Aspectos relevantes del programa sector de salud, del gobierno de la presidenta Michelle Bachelet Jeria, 2006 - 2010

### PROTEGER LA SALUD

Para las familias chilenas, la enfermedad representa el segundo riesgo social más importante, después de la cesantía. Los problemas de salud afectan especialmente a los hogares cuando uno de sus integrantes se ve afectado por una enfermedad crónica o catastrófica, que no sólo pone en riesgo su calidad de vida, sino que además involucra altos costos y en muchos casos la pérdida de ingresos.

El gobierno del Presidente Lagos buscó cambiar radicalmente esta situación al impulsar la reforma de la salud. Esta reforma está transformando el sistema de salud chileno al reconocer la atención de salud como un derecho de las personas, con garantías explícitas de oportunidad de atención y protección financiera comunes para el sector público y el privado.

Nuestra tarea prioritaria para el próximo gobierno será trabajar para que las garantías explícitas que consagra el Plan AUGE sean efectivamente cumplidas, cautelando que el sistema de garantías cumpla con el propósito de mejorar el acceso y la oportunidad de la atención de salud, haciendo funcionar los mecanismos participativos que establece la ley. Igualmente importante será hacer funcionar los cambios institucionales que la reforma de la salud introdujo en el sistema público de salud. Tales cambios involucraron separar la prestación de servicios asistenciales de las funciones de fiscalización y de salud pública y crear el régimen de hospitales autogestionados en red, que abrió mayores espacios de flexibilidad para esos establecimientos a cambio de logros efectivos en el volumen, calidad y oportunidad de sus atenciones. Aplicaremos estos cambios de modo profundo y riguroso.

Cincuenta y seis patologías con garantías explícitas deberán incorporarse al Plan AUGE durante los dos primeros años de la próxima administración. Una aplicación exitosa y a costos abordables de estas garantías permitirá incorporar nuevas patologías en el futuro, teniendo como objetivo abarcar 80 patologías al año 2010.

Fortaleceremos el sistema público de salud para que pueda avanzar el Plan AUGE. Nuestros consultorios y hospitales deben estar a la altura de las nuevas exigencias. Para esto ampliaremos la infraestructura, mejoraremos el equipamiento de los hospitales públicos, capacitaremos al personal y reforzaremos la capacidad del sistema público para negociar contratos de servicios con clínicas, laboratorios y sociedades profesionales para obtener prestaciones complementarias a las que le permita su propia infraestructura.

El Plan AUGE, sin embargo, no debe monopolizar nuestra preocupación por la atención de salud. Es importante que consultorios y hospitales traten adecuadamente otras patologías y demandas de las personas, así como las enfermedades emergentes. Incrementaremos los recursos destinados a atender necesidades no cubiertas por el Plan AUGE. Lo haremos a un ritmo necesario para ir atendiendo el alza en las necesidades de los pacientes.

Los programas de salud mental recibirán particular atención. Ellos responden a una necesidad creciente de la población. Hoy en día las amenazas a la salud mental no pueden estar depositadas en los llamados enfermos psiquiátricos, pues alcanzan a la población denominada sana, que es la que sufre permanentemente los impactos de un modo de vida que establece exigencias y requerimientos neurotizantes.

## Reforzar la atención primaria

Para fortalecer el sistema público de salud y aumentar su eficiencia en beneficio de los pacientes, también reforzaremos la atención primaria.

Readecuaremos el actual modelo de atención centrado en la enfermedad, transitando hacia uno que se enfoque hacia el cuidado integral de las familias, bajo el cuidado del consultorio. Facilitaremos el tránsito de los usuarios entre los distintos niveles de complejidad, de manera de asegurar la continuidad de la atención. Esto implica reforzar la atención primaria como puerta de entrada al sistema y aumentar su capacidad para resolver los problemas de salud por los cuales consultan las personas.

Completaremos la instalación de los equipos de salud de cabecera para todas las familias de cada consultorio y hospital tipo 4 en todo el país y establecer con vigor la promoción de la salud en las políticas locales. Esto requiere completar la infraestructura de consultorios y postas rurales, favorecer la constitución de equipos completos y estables en cada consultorio, completar la instalación de tecnologías clínicas y de información, y favorecer la buena gestión municipal.

Llevaremos la atención primaria más cerca de las personas, introduciendo la modalidad de Centros Comunitarios de Salud Familiar, formados por equipos profesionales más pequeños, especializados en una atención personalizada en la familia. Estos centros complementarán a consultorios y postas en el desarrollo de una red de atención primaria más cercana a las personas y más eficiente.

## Mejorar la salud privada

La salud privada, a través de los prestadores privados y de las Isapres, tiene un aporte importante que hacer a la salud de los chilenos. Pero hay aspectos del sistema que no están funcionando como los usuarios merecen.

No puede ser que cada año más de 10 mil chilenos deban presentar un reclamo por la atención que reciben de las Isapres. Parece que estos usuarios tienen buenas razones para estar disconformes: dos de cada tres reclamos se resuelve a favor del afiliado. El mensaje es claro: las Isapres deben mejorar su servicio. Desde la entrada en vigencia del Plan Auge, en julio de 2005, alrededor de ocho mil personas han cancelado su afiliación con Isapres. Este plan ha mejorado la atención de salud que recibimos los chilenos, especialmente a través de Fonasa. Esto significa que las Isapres tienen que enfrentar más competencia. Si no mejoran también la calidad de su servicio y moderan los precios de sus planes, seguirán perdiendo afiliados.

Las denuncias que se han hecho respecto a las Isapres son preocupantes. No es posible que se suban las primas y se recorten los beneficios, afectando a los afiliados.

La Fiscalía Nacional Económica ha iniciado una investigación sobre posible colusión en el sector de las Isapres. Le corresponderá al Tribunal de la Libre Competencia fallar al respecto. Si se comprueba que han existido conductas anticompetitivas y que se ha abusado de los usuarios, esas conductas deben castigarse con toda la fuerza de la ley.

Emprenderemos acciones concretas para introducir más competencia en el mercado de las Isapres. Proponemos estandarizar y simplificar los planes, de modo que los consumidores puedan comprender qué beneficios y a qué precio están contratando, y puedan comparar las alternativas.

Estimularemos la contratación colectiva de planes de seguro médico. Hoy esto existe para los empleados de algunas grandes empresas, pero no para el ciudadano medio. Si las personas negocian en grupo, obtendrán mejores precios y mayores beneficios.

## **Respetar al paciente**

La gestión en el sistema de salud es mucho más que un problema técnico. La salud trabaja con personas, muchas veces expuestas a graves problemas, a la incertidumbre o al temor. Los hospitales, los consultorios, los médicos, los paramédicos deben ser capaces de reconocer esta realidad y dedicarles a los usuarios el tiempo, la atención y la comprensión necesarios para que se sientan tratados como personas.

La reforma de la salud irá eliminando las listas de espera para tratamientos e intervenciones de patologías cubiertas por el Plan Auge. Nuestra próxima meta será garantizar estándares básicos de calidad de atención en los consultorios y hospitales del país.

Dar una hora médica no puede ser más considerado como un favor al paciente, que se cumple en la medida en que otras responsabilidades lo permitan. Una hora médica debe ser un compromiso formal que se debe cumplir. Terminaremos con las cancelaciones de horas médicas y estableceremos mecanismos explícitos de compensación cuando ello no ocurra.

Impulsaremos el establecimiento de otros derechos: a la decisión informada, a la confidencialidad de los datos, a la aceptación o el rechazo de tratamientos y a asumir la responsabilidad sobre nuestra propia salud. También consideramos un derecho la participación y el control social sobre la acción de salud, regulando la participación formal de la comunidad organizada en la marcha de los establecimientos públicos.

La comunidad organizada también puede desempeñar una labor complementaria a la del sistema de salud, entregando un apoyo más cercano a las personas que están afectadas por enfermedades crónicas o catastróficas y a sus familias. Apoyaremos la formación y desarrollo de estas redes ciudadanas solidarias como expresión de una sociedad que asume colectivamente la protección de sus integrantes.

## **Hacia un estilo de vida saludable**

La calidad de la salud en un país no depende sólo de cuántas personas se curan, sino de cuántas se enferman. La aplicación del Plan Auge permitirá atender oportunamente y resolver eficazmente una gran proporción de las enfermedades que afectan a los chilenos. Al mismo tiempo, los cambios en nuestros estilos de vida están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles y problemas de salud mental.

Evidencia de lo anterior es que el sobrepeso y la obesidad en los adultos chilenos alcanzan al 60 por ciento de la población. Más del 40 por ciento fuma, con una tendencia creciente entre las mujeres y los jóvenes. Chile muestra importantes tasas de depresión y de dependencia del alcohol, que a su vez se vinculan con problemas de accidentes y violencias. Ellas son las causas más frecuentes de muerte en los chilenos desde la edad preescolar hasta el inicio de la vejez.

Para tener mejor salud, los chilenos tenemos que aprender a cuidarnos. El Estado puede apoyar este aprendizaje con información, asesoría y capacitación, advirtiendo a la ciudadanía de las consecuencias de estilos de vida poco sanos y desarrollando estrategias para cambiarlos. Reorientaremos los actuales programas de salud pública, dando mayor

énfasis a las conductas con mayor incidencia y a los factores ambientales, que han evolucionado desde la falta de saneamiento hacia la presencia de contaminación por sustancias tóxicas y peligrosas.

Para desarrollar un estilo de vida saludable no se puede descansar sólo en la labor del Estado. Un estilo de vida saludable depende de las conductas de las personas, las que no tienen por qué limitarse a escuchar los consejos de las autoridades. Ellas también deben ser capaces de gestar su propia salud. Promoveremos una participación activa de las personas en el desarrollo de mejores estilos de vida, involucrando a organizaciones comunitarias y sociales en esta misión. Respondremos la organización de redes ciudadanas de apoyo a la salud.

### **La salud de los adultos mayores**

El envejecimiento progresivo de la población chilena obliga a prestar particular atención a la condición de salud de los adultos mayores. El deterioro en las capacidades físicas y las enfermedades crónicas y catastróficas son la causa fundamental del deterioro en las condiciones de vida de los adultos mayores, cuya consecuencia muchas veces es la postración y el abandono.

Durante el próximo período sentaremos las bases de una política de salud para el adulto mayor. Debemos aplicar todas nuestras experiencias y capacidades para crear nuevas formas de atención y de cuidados, en centros de salud adecuados a las necesidades y en el domicilio.

Para ello es necesario que el sistema de salud reconozca a los adultos mayores como un grupo prioritario. Ampliaremos la gratuidad en la atención de salud en la modalidad institucional a los mayores de 60 años y desarrollaremos un programa de capacitación en geriatría para el personal de consultorios y hospitales.

Para los adultos mayores autovalentes, continuaremos garantizando el acceso a intervenciones sanitarias que permitan mantener esta condición. A las actuales garantías para la prótesis de cadera, la operación de cataratas, la hipertensión y la diabetes se agregarán otras que permitan mantener la visión y la audición. También seguiremos impulsando programas de promoción de la salud del adulto mayor, con acciones que promuevan la autonomía y la estimulación de la actividad física y cognitiva.

Para los adultos mayores con dependencia leve y moderada estableceremos centros de comunitarios de cuidado diario, y se desarrollará al menos un hospital por región con capacidades de rehabilitación cognitiva, afectiva y osteomuscular. También procuraremos garantizar el acceso a bastones, andadores y sillas de ruedas para aquellos sin capacidad de pago que lo necesiten. Crearemos un programa de medicamentos genéricos a bajo precio. Para los adultos mayores postrados, ampliaremos la atención domiciliar por parte de los equipos de salud de nivel primario. Adecuaremos algunos hospitales existentes como establecimientos de larga estadía y baja complejidad para el cuidado de enfermedades crónicas terminales multisistémicas. Otorgaremos incentivos para que las familias que carecen de recursos se hagan cargo de sus familiares postrados.

## PRIORIDADES PROGRAMATICAS EN EL AÑO 2006 DEL SECTOR SALUD

### 1. Priorización de los niños

- Disminuir la mortalidad infantil

Desarrollar programa de focalización de intervenciones en embarazadas y madres con bajo nivel de escolaridad.

Incrementar el porcentaje de lactancia materna exclusiva a los 6 meses a un 55% al año 2009, implementando un programa de consejería en lactancia materna en su lugar de trabajo a mujeres que trabajan fuera del hogar.

Disponer de un sistema de información para el monitoreo y vigilancia de recién nacidos de alto riesgo al año 2007.

Elaborar plan de intervención sobre causas de muerte con prioridad en comunas sobre el promedio nacional para implementar entre los años 2007 a 2010, así como sobre principales daños y factores de riesgo de mortalidad neonatal detectados

Contar con una red de atención de prematuridad consolidada a Junio de 2006.

- Definición e implementación de las intervenciones que den cuenta del aporte del MINSAL a la red de protección social de la infancia propuesta por el Supremo Gobierno (2006 - 2010)

Rediseño del control de salud materno infantil para asegurar la protección y estimulación biopsicosocial de niños y niñas

Definición de problemas de salud mental infantil a ser incluidos en la próxima versión del GES

### 2. Estilos de vida y ambientes saludables

- Establecer con vigor la promoción de la salud en las políticas de APS.

Fortalecer y focalizar iniciativas de organizaciones comunitarias, sociales e institucionales para proyectos de promoción de mejores estilos de vida y construcción de espacios saludables.

Los Servicios de Salud deberán asegurar que los planes de salud comunales estén mayoritariamente orientados hacia la promoción de salud.

Apoyo y asesoría sistemáticas en promoción de salud al 100% de las comunas por los servicios de salud.

Los planes de salud comunales deben contener como áreas prioritarias: una política de promoción de salud, un plan de trabajo intersectorial y estrategias de focalización a población más vulnerable.

Monitorear los avances a través del IAAPS, desde 2007.

Programa de capacitación en promoción a gestores municipales y equipos de salud de APS.



- Promover una política integral de sexualidad y derechos reproductivos de la mujer

Revisión y reposición de proyecto marco de la regulación

Rediseño de normativa de regulación de fertilidad

Desarrollo de programas nacionales de salud sexual y reproductiva especiales para adolescentes (Responsable DIPRECE – interviene DIVPP)

Definir plan de sexualidad responsable en el marco de políticas de gobierno liderado por MINEDUC

- Especial atención a los programas de salud mental

Profundizar la reforma a la política de psiquiatría en la red asistencial, tanto en el ámbito del modelo como en la formación del recurso humano necesario para impulsar una psiquiatría comunitaria que incluya promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Diseñar plan de reconversión de hospitales psiquiátricos.

Poner en agenda legislativa propuestas de modificación a la legislación vigente que favorezca el ejercicio pleno de los derechos de las personas con enfermedades mentales

Establecer para el año 2007, la red de Salud Mental y Psiquiatría, implementando servicios de psiquiatría en hospitales generales.

Implementar estrategias para abordar la atención de personas víctimas de abuso de violencia sexual.

Diseñar e implementar intervenciones de ayuda a personas en riesgo de suicidio.

Implementar estrategias para abordar la violencia intrafamiliar y prevención en adicciones.

Implementación de la red de psiquiatría forense adecuada a los requerimientos de la reforma procesal penal.

Implementar garantías de problemas de salud mental

- Consolidar el Plan de Salud Pública Nacional y sus correspondientes Planes de Salud Pública Regional, como herramienta fundamental destinada a promover y proteger la salud de las personas.

Ejecución de un conjunto sistemático de intervenciones de salud pública, a través de las SEREMI, para el logro de los objetivos sanitarios de la década. ej: aumento horas educación física en colegios, ampliación cobertura de alcotest en conductores, entre otras.

Actualizar el marco regulatorio para asegurar y garantizar la ejecución de las acciones en salud pública incluyendo nuevas propuestas legislativas (2010). Ej.: Etiquetado de alimentos, reglamentos ley de tabacos, Norma PM2.5

Establecer espacios de participación ciudadana para la definición, implementación y evaluación de políticas programas de Salud Pública. Ej. : políticas de seguridad alimentaria, políticas de saneamiento básico y control de la contaminación, entre otras.



Dar cumplimiento a acuerdos internacionales: implementar nuevo reglamento sanitario internacional (OMS), 2010

Mantener sistema de vigilancia de estilos de vida y enfermedades no transmisibles:

- i) Encuesta de calidad de vida 2006
- ii) Encuesta mundial de tabaquismo en adolescentes 2007
- iii) Encuesta mundial de salud escolar 2007
- iv) Encuesta Nacional de Salud 2008.

Enfrentar epidemias y catástrofes: plan de preparación influenza aviar y pandemia de influenza

### **3. Asegurar implementación Plan AUGE**

- Incorporar nuevas patologías GES teniendo como meta 80 al año 2010

Estudios sobre fundamentos y costos de las nuevas patologías a incorporar en Decreto 2007 – 2008 y 2010 AUGE.

Definir guías clínicas, canastas de prestaciones y Decretos GES 2007 a 2010.

Plan de Medicina Preventiva

Desarrollo de sistema de información en apoyo al GES.

Respuesta en un plazo máximo de 15 días, de reclamos acreditados como AUGE para el año 2006.

Diseño, modelo y sistema para control y fiscalización de las GES en sectores público y privado al 30 de abril de 2006.

Elaboración de base de datos de prestadores institucionales públicos y privado a nivel nacional y regional para el año 2006 de acuerdo al tipo de atención y complejidad de las prestaciones.

Implementación modelo operacional para proceso de acreditación para el año 2006.

Crear un mecanismo de acogida y evaluación de solicitudes de usuarios con patologías que desean ser incorporadas a programas ministeriales o de FONASA o AUGE

Promulgar reglamento de acreditación primer semestre 2006

1667 fiscalizaciones realizadas en las áreas de control de garantías en salud, régimen complementario y control financiero a FONASA e ISAPRES.

Evaluación de la implementación de las GES y su impacto en los beneficiarios de ISAPRES y FONASA, incluyendo las inequidades y discriminaciones existentes en el sistema ISAPRE a diciembre 2006.

- Fortalecer el sistema público en el ámbito de la infraestructura, equipamiento, tecnologías de información, gestión y capacitación del personal, para potenciar de manera prioritaria las patologías cubiertas por el plan AUGE y aquellas que no están contempladas en el.

Evaluar brechas entre capacidad instalada en las redes públicas versus requerimientos en lo que se refiere a infraestructura, tecnología, recursos humanos y diseño de un programa de cierre de brechas a implementar a partir del año 2007 a 2010.

Desarrollo de sistema de información en apoyo a las redes asistenciales y a la Autoridad Sanitaria.

Sentar las bases organizacionales (ordenamiento por procesos) en los establecimientos para instalar TI en el curso de las dos primeras décadas del milenio. Meta: 50% de establecimientos a fines 2008, 75% a fines 2009 y 100% a fines 2010.

Contar con Sistemas de información:

- a. de eventos perinatales y anomalías congénitas b. registro de población en control de programas
- b. Salud ocupacional
- c. SIGES
- d. de autoridad sanitaria, incluye ventanilla única, trámites y vigilancia
- e. Registro de atenciones de urgencia y otros

Contar con un sistema de medición y evaluación que objetive la mantención o aumento de la resolución de problemas de salud no asociados a garantías, ejecutando en el transcurso de 2006 estrategias específicas (7 programas específicos) de resolución (de problemas de salud no asociados a garantías) en aquellas trazadoras que presenten riesgo en la producción.

Glaucoma - By Pass Coronario y Angioplastia según diagnóstico (preventivo, no infartados)  
Operación Amígdalas y Adenoides -operación de Várices - Endoprótesis de cadera en menor de 65 años - colecistectomía en menor de 35 y mayor de 49 años – Alta Odontológica Integral a los 12 años y en Primigestas).

Estrategias por trazadora y por Servicio de Salud en implementación en primer semestre 2007.

Seguimiento comparando con registros pre GES y durante GES.

Establecimientos de mayor complejidad con gestión de excelencia y autogestionados en red al 2010.

- Establecimientos autogestionados: 3 el año 2006, 20 año 2008 y 56 año 2009
- 58 establecimientos con plan estratégico actualizado, evaluado y en desarrollo a 2007
- 14 establecimientos con centros de responsabilidad desarrollados, año 2007; 28 año 2008 y 58 año 2009
- 58 establecimientos con planes de mejora continua de la calidad al año 2008
- 58 establecimientos con rediseño de la gestión clínica en 2007
  - Categorización de paciente hospitalizado por riesgo - dependencia
  - Gestión centralizada de camas
  - Camas de adultos indiferenciadas
  - Aumento de cirugía mayor ambulatoria adultos y niños

#### 4. Priorización de Adultos Mayores

- Incrementar los actuales beneficios para los adultos mayores autovalentes, no valentes y postrados.

Rediseño de intervenciones para atención integral del Adulto Mayor autovalente y desarrollar plan de capacitación para el personal de la red asistencial.

Desarrollar capacidades hospitalarias regionales para la rehabilitación afectiva, cognitiva y osteomuscular (al menos 1 por región) de los adultos mayores no valentes.

Rediseñar un plan de cuidado domiciliario apoyado desde los consultorios de Atención Primaria, para adultos mayores postrados con capacitación para los cuidadores.

Diseñar 3 modalidades de atención administrativa que priorice este grupo etareo (diseño 2006 asegurando implementación 2007) Ej.: Oficina de apoyo al adulto mayor en establecimientos ambulatorios con facilitadores

Sistema de rotulación y entrega de fármacos en atención ambulatoria, de tamaño y legibilidad adecuados, con información de indicaciones, dosis y siguiente despacho. Volantes con información de efectos indeseados del fármaco o de su uso inadecuado.

Diseñar canasta y costeo de prestaciones necesarias para atención domiciliaria

Evaluar pertinencia de incorporar vacuna pneumocócica

#### 5. Reforzamiento de la Atención Primaria

- Instalar equipos de salud de cabecera para todas las familias de cada consultorio y hospital tipo 4 al 2010.

Diagnóstico en cada red de sus topes y/o brechas de cobertura entre Hospitales 4 (H4) y centros de salud comunales, 28 servicios a diciembre 2006.

Resolución, en base al diagnóstico, sobre cuáles H4 se reconvertirán en hospitales comunitarios de salud familiar, 28 servicios a diciembre 2006, con negociación estratégica con los Municipios.

Establecer una política de recursos humanos para el modelo de establecimiento hospitalario comunitario de salud familiar, que dé sustentabilidad a la reconversión y que contemple incentivos al funcionamiento del modelo

- Generar plan de infraestructura que permita completar la dotación de centros de salud familiar, centros comunitarios y postas rurales al 2010

Plan de inversiones para el cuatrienio.

- Aumentar la resolutivez de la APS tanto en el ámbito de especialidades como del soporte tecnológico y equipamiento.

Revisar, evaluar y actualizar los componentes del programa de reforzamiento de AP(2006)

Rediseñar modelo de operación del programa de resolutivez de especialidades en APS con perspectiva de red. Lo anterior supone discutir el concepto de resolutivez y su materialización según realidades locales.

Determinar brechas de los componentes del programa por comuna, para ajustar oferta-demanda, 2006.

Diseño e implementación de redes de apoyo diagnóstico terapéutico (laboratorio, bancos de sangre, Anatomía Patológica, imagenología).

Desarrollar sistemas de información en APS en coordinación con la red asistencial

Redefinición de canasta y modelo de abastecimiento de fármacos e insumos para la APS

- Recursos Humanos estables

Diseño de un sistema de relación nacional y regional con los centros formadores y de gestión de los campos de formación profesional y técnica, que permita orientar los RRHH al modelo de atención y según necesidades del sistema.

Determinación de brechas y plan de cierre de especialistas y personal de apoyo a partir del 2006

Actualizar reglamento de la Comisión Nacional docente asistencial, a octubre del 2006

Propuesta de Proyecto de Ley de modificación de plantas de los SS para adecuarlas a la estructura orgánica y a los nuevos requerimientos de gestión a octubre del 2006

Definición de política de incentivos para profesionales del sistema a junio del 2006

## **6. Mejoramiento de la Salud Previsional Pública y Privada**

- Asegurar mayor justicia financiera en el acceso a la salud, como Política de medicamentos genéricos, introducir mas competencia en el mercado de las Isapres y erradicar la discriminación de las mujeres en edad fértil en los planes de las Isapres.

Crear una política de cobertura garantizada de medicamentos genéricos y esenciales mínimos a diciembre de 2006, con vigencia en el 2008.

Desarrollar, implementar y evaluar política nacional farmacéutica integral acorde con acuerdos internacionales 2007-2010.

Desarrollar e implementar análisis de equivalencia terapéutica con el fin de garantizar calidad, eficacia y seguridad en el acceso a medicamentos genéricos y esenciales 2006 - 2008

Aumentar la tasa de afiliación a FONASA en trabajadores de temporada en un 8% el 2006 en relación a 2005 y preparar una propuesta legal y financiera para integrar a trabajadores independientes a FONASA

Completar implementación de la ley de Isapres en lo referido a las condiciones generales uniformes para los contratos de salud durante el año 2006.

Aplicación del reglamento que regula el fondo de compensación inter isapres a julio de 2006 y con efecto retroactivo (1 de julio de 2005), así como efectuar procesos de compensaciones asociados al primer y segundo decreto de las GES.

Elaborar propuesta definitiva de estandarización de planes de salud del Sistema isapres al diciembre de 2006.

Elaborar propuesta definitiva de libre movilidad de los usuarios, sin conflictos de pre existencias y exclusiones en el sistema Isapres a diciembre de 2006.(SIS)

Evaluación Protección financiera del GES (Fonasa e Isapres) y de los mecanismos de copago (Responsable FONASA y SIS)

## **7. Salud comprometida, Acogedora y Participativa**

- Impulsar la tramitación y aprobación de la ley de derechos y deberes de los pacientes

Avanzar en la protección de derechos de los enfermos mentales. Ley aprobada.

- Medición sistemática de la satisfacción usuaria y Fortalecimiento de la OIRS.

Diseño y aplicación de un sistema único nacional de medición de la satisfacción usuaria como mecanismo de evaluación en todos los establecimientos.

Instalación de la unidad de mediación de conflictos a diciembre de 2006. Instalación de nuevo modelo de agencia regional e implementación de 5 oficinas en las regiones. (III,IV,VI, XI y XII) a diciembre de 2006.

Desarrollo de redes de información coordinado del sector salud para el acceso ciudadano.

Fortalecer centros de documentación nivel país

Impulsar plan de información y educación sobre derechos y deberes en salud a los beneficiarios de FONASA.

Coordinar la implementación del modelo OIRS para el sector salud (Servicios de Salud y Seremis)

- Terminar con la cancelación de horas médicas estableciendo mecanismos explícitos de reemplazo cuando ello no ocurre

Establecimientos de nivel de especialidades ambulatorias con programación de la oferta de todos los profesionales de atención directa. Meta: 100% a fines de 2006.

Equipo de salud de cabecera en APS con programación de actividades, diferenciando actividades preventivas, promocionales y clínico • asistenciales. 100% a fines de 2007.

Servicios de Salud evalúan, supervisan y auditan la existencia y cumplimiento de las programaciones de profesionales en APS y especialidades ambulatorias.

Cada establecimiento de especialidades ambulatorias tiene procedimiento normado de cancelación de horas puestas en agenda, que considera aviso oportuno a los pacientes (reagendamiento) y atención el día de la citación en caso de no haber conseguido reagendar a tiempo. Excepción: especialidades o centros con especialista único, en cuyo caso la acogida y reagendamiento estará a cargo de una jefatura específica. Meta: 80% de centros a diciembre 2006 y 100% a junio 2007.

Cada equipo de salud de cabecera en APS tiene procedimiento normado de absorción de la demanda espontánea diaria (poli de choque u otro) y de resolución de la cancelación de horas dadas, que considera aviso oportuno a los pacientes (reagendamiento) y atención por otro miembro del equipo el día de la citación, en caso de no haber conseguido reagendar a tiempo.

Instalar sistema de soporte informático en todos los hospitales y consultorios del país con módulos de agenda médica, referencia y contraferencia e interconsultas

- Apertura de los hospitales a la familia
  - Análisis de brechas para implementación del programa Hospital Amigo de la Familia.
  - Visita diaria a hospitalizados en el 100% de los hospitales al 2006.
  - Horario de visitas diferidos en el 50% de los hospitales al 2006.
  - Incremento del 20% de la asistencia del padre o familiar cercano al parto (según línea basal) en el 2006.
  - Hospitalización pediátrica acompañada en el día en el 50% el 2006 y 100% el 2007.
  - Hospitalización adultos mayores acompañados en el día, 50% el 2006 y 100% en el 2007.
  - Alimentación asistida de acuerdo a dependencia del paciente, 20% el 2006, 80% el 2007 y 100% el 2008.
  - Sistema de acogida e información a la familia.
  - Integración del familiar en la atención del AM. Hospitalizado y planificación del egreso en conjunto con la familia y servicio social.
- El 100% de los Servicios del país desarrollan la participación ciudadana en la determinación de prioridades de salud por medio del diálogo tripartito (funcionarios, directivos y usuarios) y la determinación de presupuestos participativos al 2009.

Mesas territoriales de trabajo tripartito para determinación de prioridades de salud y presupuestos participativos :

- 20% de los Servicios de Salud al 2006
- 50% de los Servicios de Salud al 2007
- 80% de los Servicios de Salud al 2008
- 100% de los Servicios de Salud al 2009

Capacitación a equipos técnicos y organizaciones comunitarias en metodología de presupuesto participativo.

Definición del marco presupuestario por Servicio de Salud Jornadas de difusión de las líneas de trabajo incluidas en el presupuesto participativo

Diseño, implementación y evaluación de propuestas participativas y evaluación de propuestas ejecutadas.

## ANEXOS



## I. Normativas ligadas a la gestión de salud

Tipo	Número	Año	Otro	Fin
Decreto	369	1985	Ministerio de Salud	Establece Régimen de Prestaciones de Salud
Decreto	161	1982	Ministerio de Salud	Reglamento de hospitales y clínicas privados
Decreto	136	2004	Ministerio de Salud	Reglamento Orgánico del Ministerio de Salud
Decreto	140	2004	Ministerio de Salud	Reglamento Orgánico de Servicios de Salud
Decreto	181	2004	Ministerio de Salud	Determina aporte estatal a entidades administradoras de salud municipal
Decreto	170	2004	Ministerio de Salud	Garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud
Decreto	2.296	1995	Ministerio de Salud	Del financiamiento y la administración municipal. Reglamento General de la Ley N° 19.378
Decreto	1.889	1995	Ministerio de Salud	Asignación de desempeño difícil para funcionarios. Reglamento de la Carrera Funcionaria del Personal Regido por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal
Decreto con fuerza de Ley	N° 36	1980	Ministerio de Salud	Establece normas que regulan los convenios que celebren los Servicios de Salud con otras entidades, relativos a acciones de salud que a dichos Servicios corresponde ejecutar
Decreto con fuerza de Ley	N° 725	1967	Ministerio de Salud	Código Sanitario
Decreto Ley	1.263	1975	Ministerio de Hacienda	Decreto Ley Orgánico de Administración Financiera del Estado
Decreto Ley	2.763	1979	Ministerio de Salud	Reorganiza el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central Nacional de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud
DL	249	1974	Ministerio de Hacienda	Fija escala única de sueldos
Ley	19.553	1998	Ministerio de Hacienda	Asignación de modernización. No se utiliza para trabajadores regidos por Ley 19.490, ni para aquellos regidos por Ley 15.076
Ley	19.378	1995	Ministerio de Salud	Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud
Ley	18.469	1985	Ministerio de Salud	Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud
Ley	16.744	1968	Ministerio del Trabajo	Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales. Seguro social contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales

## I. Normativas ligadas a la gestión de salud

Tipo	Número	Año	Otro	Fin
Ley	19.490	1996	Ministerios de Hacienda y Salud	Establece asignación de estímulo por experiencia y desempeño funcionario
Ley	19.414	1995	Ministerio de Salud	Otorga facultades para la creación del Servicio de Salud Arauco y Araucanía Norte
Ley	15.076	DFL 1/01	Ministerio de Salud	Texto refundido, coordinado y sistematizado de Ley 15.076 de estatuto para los médicos-cirujanos, farmacéuticos o químicos-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas
Ley	18.834	DFL 29/04	Ministerio hacienda	Texto refundido, coordinado y sistematizado de Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo
Ley	18.575	DFL 1/19.653 de 2000	Ministerio Secretaría General de la Presidencia	Texto refundido, coordinado y sistematizado de Ley 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado
Ley	19.664	2000	Ministerio de Salud	Normas especiales para profesionales funcionarios que desempeñan 11,22, 33 y 44 horas semanales de Ley 15.076
Ley	18.933	1990	Ministerio de Salud	Crea la Superintendencia de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE y deroga el decreto con fuerza de ley N° 3 de salud de 1981
Ley	19.888	2003	Ministerio de Hacienda	Establece financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del gobierno
Ley	19.882	Título VI	Ministerio de Hacienda	Alta dirección pública
Ley	19.882	2003	Ministerio de Hacienda	Nuevo trato laboral. Regula nueva política de personal a los funcionarios públicos que indica
Ley finalidad	19.937	2004		Modifica el D. L. N° 2.763 de 1979 con la de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana
Ley	19.966	2004		Establece un régimen de garantías en salud
Ley	20.015	2005		Modifica Ley 18.933
Reglamento	Concurso de estatuto administrativo			Regirá los concursos que se desarrollen en los ministerios y servicios afectos a la ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo

## **II. La comunicación en red**

El código genético que mantiene unida a la red y la constituye en tal es la comunicación, dentro de la cual el flujo de datos e información a través de los nodos es una parte importante. La información puede circular unidireccionalmente, pero la comunicación no. La comunicación definida en los términos más simples, es siempre un diálogo en el que intervienen dos o más personas. En este caso, dicho diálogo es el que fortalece y hace crecer a la red por cuanto potencia el sentido de pertenencia de los nodos y acopia y sedimenta el saber colectivo. Eso en cuanto a la comunicación interna.

Pero también a partir del diálogo se constituye la identidad corporativa de la red, que la distinguirá frente a la sociedad. A eso se refieren las comunicaciones externas. Y es recomendable que ambos tipos de comunicaciones sean consideradas dentro de las redes de salud como elementos de la gestión y se emprendan acciones en esta materia. Como generalmente, los recursos asignados para comunicaciones en el sector público son escasos, vale la pena tener algún conocimiento sobre esta materia, de manera que ellos puedan tener el mejor rendimiento posible y a ello apunta este capítulo.

### **Política orientadora**

Antes de empezar a actuar en este campo, lo conveniente es reflexionar como red sobre lo que se requiere y se desea lograr mediante las comunicaciones corporativas. Porque frecuentemente éstas son entendidas como (o asimiladas a) difusión periodística y/o relaciones públicas exclusivamente, por lo que se dejan en manos de un equipo de periodistas, fotógrafos, a veces, también diseñadores y publicistas, que se encargan de redactar, distribuir comunicados de prensa, alimentar de noticias la página web en algunos casos, elaborar periódicos, diseñar campañas de radio y televisión y generar material informativo impreso. No obstante, partir por ahí es hacer las cosas al revés, o al menos de manera insuficiente. Especialmente cuando se está dando forma a una red.

Porque las distintas acciones de comunicación, para que sean eficientes, deben tener coherencia entre sí y apuntar a objetivos claros y específicos, de manera que pueda evaluarse el rendimiento de los recursos invertidos por la red en esta área. Ello hace necesario contar con una política explícita de comunicaciones corporativas que oriente todo el quehacer en esta materia. Su formulación es una responsabilidad compartida del gestor y del equipo de comunicaciones (o del comunicador o comunicadora cuando el departamento es unipersonal), a partir de un diagnóstico participativo de las necesidades de la red en esta materia, por una parte, y de una evaluación del estado inicial de las comunicaciones internas y externas, por otra.

Dicha política será el marco general que oriente y dé un hilo conductor a todos los planes y acciones a emprender. A grandes rasgos, puede señalarse que sus objetivos generales y específicos debieran apuntar a fortalecer y apoyar, desde la especificidad de las comunicaciones, los objetivos de la red, constituyéndose en una herramienta más para ello. Asimismo, debieran estar en concordancia con la política global establecida para el sector público de salud.

En general la política de comunicaciones debiera enfocarse a la construcción, fortalecimiento y proyección de una identidad corporativa de la red, que tenga en cuenta su visión, su

misión y su cultura. Por lo tanto, la fase inicial de su formulación consiste en definir y/o identificar esos componentes.

En términos prácticos, como mínimo, la política de comunicaciones debiera hacer una distinción entre lo que la red considera público y lo que considera privado, tanto por razones estratégicas (que siempre deben estar muy justificadas) como por respeto a la privacidad de los usuarios y del personal cuando ello lo amerita.

Por otro lado, la política de comunicaciones debiera orientar sobre qué comunicar, por qué comunicar, a quiénes comunicar, cuándo comunicar y a través de qué medios. Porque obviamente es distinto comunicar algo a las autoridades legislativas que a los usuarios y usuarias de un sector rural, por ejemplo. Los lenguajes, los énfasis y los mecanismos recomendados en uno y otro caso son muy diferentes. Respecto de esto último, la parte práctica de la política puede operacionalizarse a través de manuales que muestren los pasos a seguir en distintos casos, de manera que si las personas dentro de los equipos de comunicaciones cambian, las políticas y los procedimientos se mantienen vigentes.

Asimismo, es preciso distinguir entre comunicaciones dirigidas a los públicos internos y externos de la red, estableciendo objetivos y líneas de acción para cada caso.

### **Comunicaciones internas: la columna vertebral**

La columna vertebral de las comunicaciones corporativas suelen ser aquellas a las que frecuentemente se da menos importancia, es decir, las comunicaciones internas, desde aquí es posible definir y hacer carne en el corazón de la red la cultura compartida, la misión, la visión que la definen y el compromiso con los objetivos comunes. Esa es la base más sólida sobre la cual, configurar una identidad corporativa consistente y que permita a la red, como conjunto, proyectarse de manera creíble y coherente hacia el exterior.

En el caso de las redes de salud, la identidad corporativa es el modo en que ellas se muestran hacia la comunidad de la cual son responsables, hacia las autoridades que las fiscalizan y hacia la opinión pública. Esa identidad corporativa se refleja tanto en las comunicaciones externas oficiales (diarios, páginas web, comunicados de prensa y otros mecanismos) como en cada una de las acciones, palabras y actitudes de sus funcionarios frente a los públicos internos (otros funcionarios y usuarios) y externos (prensa, y visitantes).

Por lo tanto, si se parte por querer comunicar hacia fuera una identidad determinada voluntaristamente por los gestores de red y/o sus asesores, sin hacer un trabajo interno, se corren distintos riesgos. El peligro menor, cuando sólo se comunica hacia el exterior y no hacia adentro, es provocar desconcierto entre los integrantes de la red, quienes se enteran de lo que está ocurriendo en su institución por medios indirectos, sintiéndose pasados a llevar o, al menos, no tomados en cuenta.

Pero el mayor riesgo es provocar una disonancia entre quien se dice ser y quien es en realidad, es decir, que las comunicaciones “oficiales” externas den una información y la actitud de los funcionarios señale otra diferente. Ello, a mediano o largo plazo, termina socavando la credibilidad -y lo que es peor, la legitimidad- de los directivos que emiten (o permiten que se emitan) mensajes que son ajenos al resto de los integrantes de la red o del nodo y con los cuales, muchas veces, estos no concuerdan. Asimismo, tarde o temprano, desde el exterior también será percibida esa disonancia y se abrirá un flanco a las críticas y cuestionamientos por parte de la prensa y de la opinión pública.

Igualmente, conviene considerar que al actuar por omisión, sin comunicar ni hacia dentro ni hacia fuera, se deja espacio para la siembra del rumor y las informaciones erróneas, elementos muy dañinos para el clima organizacional y que a la larga pueden tener costos económicos si perjudican el desempeño cotidiano de los funcionarios.

El definir, instalar o introducir cambios a la cultura, la misión, la visión y los compromisos compartidos en el corazón de la red requiere casi siempre de un trabajo colectivo y participativo en el que el gestor de la red debiera mostrar una actitud de cercanía, de “puertas abiertas” y de “terreno”, siendo el primer articulador entre los distintos nodos. Naturalmente, esto se aplica también a su equipo de colaboradores más cercanos, a quienes corresponde ser los primeros agentes de contagio del espíritu de red a todo el sistema.

El supra objetivo que subyace a las comunicaciones internas es trabajar con todos y cada uno de los integrantes de la red involucrándolos en la formación de un gran equipo, de manera que nadie quede ajeno a los procesos que se viven en su interior. Naturalmente es posible tratar de desarrollar esto de modo gradual provocando cambios primero en un segmento de la red y apostando a que dichos cambios sean luego replicados en el resto, pero es un sistema excesivamente lento y que se puede ir de las manos, si es que ocurren desfases demasiado fuertes.

Una buena alternativa, para iniciar un proceso global de cambio es reunir a toda la red en forma simultánea y de manera presencial (no virtual), dando una partida simbólica a un trabajo que se entiende debe ser hecho en equipo y donde todos debieran estar -y sentirse- representados. Naturalmente, en el caso de las redes públicas de atención de salud esto se dificulta porque no es posible dejar a los pacientes sin atención para asistir a reuniones, pero es posible buscar alternativas como, por ejemplo, hacer distintas reuniones similares en un período de tiempo determinado, para cubrir a todos sus integrantes.

La conveniencia de que esto sea presencial, es que los procesos fundacionales o de cambio siempre tienen componentes emocionales, ya que frente a ellos las personas sienten expectación, duda, incertidumbre y, muchas veces miedo, frente a lo cual los mecanismos impersonales no son los más adecuados. Por eso, la finalidad de este trabajo no es solamente obtener resultados tangibles (como documentos de conclusiones, o

suscripción de compromisos, por ejemplo). Su principal valor, a la larga, es de tipo emocional y se emparenta con el sentido ancestral de formar parte de una tribu. Por eso, lo ideal es que las reuniones ocurran en una atmósfera cálida y acogedora, para que los participantes se sientan cómodos, integrados y en confianza y puedan expresar con libertad tanto sus aportes como sus críticas. Estas últimas debieran ser recogidas, analizadas, respondidas y, ojalá encauzadas en un sentido positivo, tomándolas como una oportunidad para el crecimiento de la red por medio de la corrección de los errores.

Para efectuar la reunión inicial, cuando las redes son pequeñas y homogéneas es posible establecer diálogos vinculantes mediante dinámicas de grupo sencillas que consisten en reunir a los(as) integrantes de la red, informándoles sobre los objetivos del proceso que se emprende y solicitándoles que hagan planteamientos preliminares (a modo de hipótesis) para dar ejes o lineamientos comunes al trabajo venidero en esta materia.

Con el objeto de dar oportunidad a todos(as) de hacer aportes, es posible dividir la asamblea en equipos pequeños (pero representativos del conjunto), quienes nombran a alguien que cumpla el papel de relator para luego dar cuenta al colectivo de lo conversado, propuesto o concluido. Enseguida, lo dicho por los distintos grupos es revisado y debatido colectivamente para, finalmente, llegar a posiciones comunes o consensos sobre las líneas generales respecto de las cuales luego se continuará trabajando en grupos separados, hasta llegar a conclusiones que verdaderamente representen a la red.

Generalmente, en el caso de equipos homogéneos, acostumbrados al diálogo y con capacidad de autoexaminarse, el proceso puede ser relativamente rápido y expedito. Pero, aun cuando se alargue, normalmente es tiempo bien invertido. Porque cuando las personas se conocen entre sí y conversan se facilita el trabajo en conjunto. Porque cuando las personas sienten que son tomadas en cuenta y respetadas, adquieren sentido de pertenencia y aumenta su compromiso. Porque cuando las personas entienden que su trabajo tiene un sentido, lo hacen con mayor entrega y cariño. Porque cuando un líder da a cada una de las personas que integran el equipo que encabeza la posibilidad de crecer integralmente, aumenta su legitimidad y ascendencia. Y un poco de todo eso, se logra con un buen trabajo de comunicación interna.

En el caso de las redes de atención de salud, como señalábamos en el capítulo anterior, está presente el obstáculo de la heterogeneidad de sus nodos o componentes, no existe en ellas una práctica dialógica generalizada y sacar al personal de sus labores habituales tiene un costo económico en términos de reducir la productividad de la red. Todo ello, tiene distintas vías de solución. Naturalmente, el tema económico sólo puede ser enfrentado en conjunto con los entes que financian la red y eso pasa por su toma de conciencia respecto de la importancia que tiene esta actividad.

La heterogeneidad, por su parte, hace recomendable un trabajo previo en cada uno de los nodos, para lograr una autoidentificación y una autocaracterización, haciendo conversar a las personas que forman parte de esos nodos, de manera que puedan desarrollar prácticas comunicacionales a partir de sus núcleos de origen. Así luego, podrán integrarse a la red desde la identidad rescatada y fortalecida en común. Porque la red, en este caso, es como una organización internacional de países, donde sus representantes se reúnen, negocian y colaboran en pos de objetivos comunes, pero manteniendo su identidad y

velando por el interés de sus ciudadanos. Y los países, que mejor pueden negociar en esas instancias no son siempre los más poderosos, sino los que tienen más cohesión, estabilidad interna y más prestigio y buenos vínculos internacionales.

Otra ventaja de identificar y caracterizar previamente a cada uno de los nodos que deben conversar en red, reside en que al construir redes es importante conocer los puntos comunes y las divergencias que existen entre sus componentes, especialmente en lo que respecta a las culturas organizacionales internas porque, cuando son muy distintas, pueden chocar al momento de verse obligados los nodos a interactuar unos con otros en una estructura de red.

### **TIGC, un método posible**

Para reunir a la red completa, una vez hecho el trabajo de identificación de las partes, dado el gran tamaño que suelen tener las redes públicas de atención de salud, una opción es recurrir a las técnicas de intervención de grandes grupos (TIGC), que permiten trabajar simultáneamente con números variables de personas, que pueden llegar hasta las tres mil. Estas técnicas son especialmente indicadas para las organizaciones que enfrentan procesos de cambio o transición, por cuanto “garantizan un alto grado de involucramiento y cambios rápidos”.<sup>77</sup>

Entre las TIGC más conocidas -la mayoría de ellas desarrolladas en Europa- están la Tecnología Espacio Abierto, la Conferencia de Cambio Estratégico en Tiempo Real (CETR), la Conferencia de Búsqueda del Futuro y la Cumbre de Indagación Apreciativa.

Como señala la evidencia empírica resultante de la aplicación de estas técnicas, “en la actualidad los métodos de trabajo con grandes grupos son considerados los más efectivos y radicales conceptos de desarrollo y transformación de organizaciones. Dado que ellos generan aceptación, credibilidad y compromiso de todos los afectados en el proyecto, y en virtud de que se orientan a procesos y al futuro, corresponden a las exigencias para generar una organización que aprende”.<sup>78</sup>

Los expertos en esta materia señalan que se trata de un nuevo paradigma, una de cuyas ventajas es que “supera las fronteras departamentales y las barreras de comunicación que van de la mano con la complejidad de las redes de organización. Su aplicación genera nuevos contactos e intensifica las relaciones laborales y sociales”.<sup>79</sup> Además, quienes intervienen en estos procesos “aprenden a pensar en la organización de manera diferente, a hablar claro cuando tienen una opinión, a comunicarse con sus semejantes, a ser creativos, a leer, a hacer presentaciones, a escribir, a participar. En una palabra, se vuelven ciudadanos. Ciudadanos activos, resistentes, bien informados, conscientes, inclinados a mejorar el sistema en que viven y trabajan”.<sup>80</sup>

77 Friedmann R.: Gestión y organización de empresas en el siglo XXI. La aventura postmoderna. Ril editores, Santiago de Chile, 2004.

78 *Ibidem*.

79 *Ibidem*.

80 Pasmore, William: Creating Strategic Change: Designing the Flexible High-Performing Organization, Nueva York, 1994, pág. 44



## Algunos Métodos de Intervención de Grandes Grupos

	Espacio Abierto	Cumbre de Indagación Apiciativa	Conferencia del Futuro	Conferencia CETR
<b>Filosofía</b>	Del caos al orden; el libre juego de las fuerzas genera resultados productivos	La organización construye su cultura a través de las historias que se cuentan	Soluciones complejas mediante orquestación de perspectivas múltiples	La masa crítica para el cambio es generada al movilizar todas las
<b>Participantes</b>	Toda la organización o una gran muestra representativa	Toda la organización o una gran muestra representativa	Toda la organización o una gran muestra representativa	Las personas afectadas por los objetivos del cambio
<b>Nº de participantes</b>	De 10 a 3 mil	De 10 a 3 mil	De 40 a 80	De 10 a 3 mil
<b>Resultados</b>	Amplia gama de propuestas y proyectos sobre el tema convocante	Identificación de los factores claves de una organización	Visión común y elaboración consensuada para logro de objetivos	Estrategia con amplio respaldo

Fuente: Síntesis tomada de R. Friedmann, "Gestión y Organización de Empresas", RIL Editores, Santiago de Chile, 2004, p. 263 a 265.

### Flujos de comunicación interna: las venas y arterias de la red

Junto con poner al menos una vez a toda la red conversando cara a cara para fomentar un sentido inicial de cuerpo, es aconsejable identificar los flujos informales de comunicación que operan tanto al interior de cada uno de los nodos, como entre unos y otros nodos. La importancia de conocerlos, es que a través de ellos, circula la información "no oficial", que a la larga puede tener una importancia gravitante en el desarrollo de la red, por lo que es aconsejable desarrollar estrategias para que en esos flujos circule información que apoye los objetivos comunes o que al menos neutralice ciertos efectos dañinos que se pudieran provocar por rumores, desinformación o informaciones incorrectas.

Asimismo, es preciso definir los flujos formales de comunicación que operan dentro de la red. La razón es que ello facilita los procesos comunicativos, estableciendo canales o nexos precisos entre todos los integrantes, co-responsabilizando a éstos de su mantención, uso adecuado y desarrollando las habilidades comunicativas por medio de la práctica cotidiana. Además, permite establecer cuáles son los caminos que debe seguir determinada información a través de la red para cumplir ciertos fines. Por ejemplo, las listas de espera, que suelen ser un punto de preocupación, no pueden estar en un interregno entre la atención primaria y la secundaria. Debe estar claro en qué nodos de la atención primaria

se concentra la información sobre la demanda que existe de horas de especialidad, cómo y por qué canales esa información se traspassa a la atención secundaria, quien la recibe, la procesa y le da curso. También debe estar claro de qué modo y por qué canales esa información viaja de vuelta, con una respuesta hacia la atención primaria.

Por otro lado, cuando el gestor de redes estima que hay una información puntual que debiera ser conocida e internalizada por todos los integrantes de un nodo, por un segmento de él o por toda la red, puede definirse previamente el grado de respuesta que ella requiere. Si la evaluación es que no se trata de un tema importante que amerite recoger opiniones y entrar en un proceso complejo de comunicación, puede ser distribuida sólo por escrito (por mail, circular, boletín interno, diario mural u otro método), limitándose a un mero acto informativo.

Pero, si se trata de un tema que puede afectar el funcionamiento interno y, sobre todo, el servicio que se entrega a los usuarios, es preferible que la información sea entregada primero a un núcleo de personas en forma verbal y escrita, las que a su vez la traspasan a otro núcleo y así sucesivamente hasta cubrir todo el nodo, un segmento del nodo, o la red completa, dependiendo de lo que es necesario. Del mismo modo pueden retornar los comentarios y aportes, ojalá mediante informes escritos de recepción que puedan ser analizados por los gestores de red o por quienes tienen asignada la responsabilidad de tomar decisiones en cada caso. Para ello es útil definir de antemano cuál es el camino que seguirá la información. Por ejemplo, el gestor de red la comunica a los directores de establecimientos, éstos a los responsables de departamentos y así sucesivamente.

La importancia de usar a la vez información escrita y verbal, es que ambas cumplen funciones diferentes. La comunicación escrita otorga formalidad, permite que todos reciban exactamente el mismo mensaje y obliga a hacerse cargo de sus contenidos. La comunicación verbal en tanto, brinda cercanía, entrega una señal de consideración y permite la interacción inmediata. Por lo tanto, una de las ventajas de personalizar las comunicaciones internas lo más posible, es que así se genera una dinámica de respuesta sea ésta verbal o no verbal y se conoce cuál es la acogida de un determinado mensaje. En cambio, cuando se distribuye un e-mail o una circular las personas que los reciben no sienten la necesidad (o no consideran que tienen permiso) de responder ni de opinar y tampoco quien se los emite puede ver la expresión de sus caras ni sus gestos. Y para que esta comunicación sea eficiente es que se recomienda tener claramente definidos los flujos internos de interrelación para activarlos automáticamente cada vez que sea necesario.

### **Comunicaciones externas: proyección de la imagen**

Como se dijo, las comunicaciones externas son la proyección de la imagen corporativa de la red. Por ello, los equipos encargados debieran tener claridad respecto de cuál es la imagen que deben proyectar, lo que, en el caso de haber hecho un trabajo previo de comunicaciones internas estará debidamente explicitado. Y esta imagen debiera tenerse presente en todo momento, utilizando más inteligencia y creatividad que grandes inversiones.

Otro tema importante es definir las vocerías autorizadas dentro de la red, estableciendo cadenas de reemplazo cuando un vocero o una vocera están ausentes. Esto no tiene que ver con jerarquías, sino que con responsabilidades, ya que la proyección pública de la imagen corporativa es delicada y contar con preparación para ejercerla. Y ello va, desde

la persona que contesta el teléfono del hospital, hasta el representante de la red que se enfrenta con la prensa. Eso significa que los equipos de comunicación y quienes tienen asignadas vocerías debieran trabajar en talleres para que las personas a quienes corresponde la responsabilidad de hablar públicamente en nombre de la red cuenten con todas las herramientas necesarias para hacerlo de manera correcta y eficiente, tanto si lo hacen cara a cara frente a la comunidad o a través de los medios de comunicación, en cuyo caso las técnicas son diferentes. Y si bien, algunas personas las manejan bien de manera intuitiva, es una característica posible de aprender cuando se carece de ella.

### **Manejo de crisis, la prueba de fuego**

En el sector salud suelen producirse crisis comunicacionales derivadas fundamentalmente de denuncias que pueden provenir tanto de los usuarios como del personal, las que son reproducidas y muchas veces magnificadas por los medios de comunicación. Lo óptimo sin duda es anticiparse a ellas y evitarlas, a lo que contribuye el fortalecimiento de las comunicaciones internas por una parte, la capacidad de análisis prospectivo de escenarios futuros por parte de los gestores y los equipos comunicacionales y la capacidad de diálogo y negociación que exista dentro de la red. Pero cuando ocurren, hay que actuar.

De hecho, las crisis constituyen pruebas de fuego para cualquier organización, por lo que conviene prepararse con antelación para enfrentarlas. Al respecto, una recomendación general es definir previamente un plan general de manejo de crisis que asigne responsabilidades y roles precisos: quiénes evalúan, quiénes deciden, quiénes hablan.

También conviene tener en cuenta que cuando estalla una crisis no hay que actuar precipitadamente. Suele ocurrir que la presión de los medios de comunicación a veces empuja a enfrentarlos sin preparación, lo que puede llevar a decir cosas susceptibles de ser mal interpretadas y que no aclaran lo que sucede, dando la sensación de que se esconde algo o que los responsables de la red ante la opinión pública no saben lo que dicen. En este caso, vale la pena fijar un plazo prudente para hablar con los periodistas y en el intertanto recoger todos los antecedentes, estructurando un discurso claro.

Otra recomendación, que constituye un axioma, es nunca mentir (o tratar de esconder la verdad, que es muy parecido) frente a una crisis, porque el desmoronamiento de la mentira agrava la situación. Si hay errores de por medio más vale reconocerlos, asumirlos, y comprometerse a que se tomarán las medidas necesarias para repararlos y no repetirlos en el futuro. Ello, contrariamente a lo que puede suponerse en un momento de tensión, a la larga aumenta el prestigio, el respeto y la credibilidad mucho más que la falta de claridad y transparencia.

Además, independientemente de que los medios de comunicación informen urbi et orbe al respecto, siempre es conveniente dar cuenta directamente a los nodos de la red de lo sucedido, tanto como una señal de respeto y cohesión interna, como por el hecho de que los medios de comunicación suelen entregar versiones resumidas (y a veces sesgadas) sobre los sucesos.

Finalmente, después que la crisis ha pasado, es conveniente evaluarla y sacar lecciones de ella, constituyéndola en una oportunidad de aprendizaje ante situaciones futuras.

### III. Estructura Institucional de la Red Pública de Salud

Al revisar el Decreto 140 se observa que la revisión y puntualización de la estructura institucional es importante porque la normativa asigna responsabilidades específicas a los distintos departamentos y subdirecciones para el desarrollo de las distintas funciones asociadas a la Gestión de Redes de Salud. Por tanto, ello permite apreciar dónde se encuentran radicadas las responsabilidades básicas, así como ver y supervisar las funciones que deben cumplir los distintos departamentos.

Como primera consideración, debe señalarse que en materia de gestión las redes se relacionan con el Ministerio del ramo a través del Subsecretario de Redes de Salud, y que a sus gestores (directores de Servicios de Salud) les corresponde la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la red asistencial del territorio de su competencia.

Por otra parte, también forman parte de la red de salud, pero con mayores niveles de autonomía, los establecimientos autogestionados, que tienen -al igual que el resto de los dispositivos o nodos- la función de brindar atención a sus usuarios. Estos establecimientos cuentan con un director, y se coordinan con el director del Servicio de Salud a través de convenios de desempeño que establecen directivas sanitarias en torno al cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración de la red de salud, como asimismo metas de desempeño presupuestario. Forman parte de los vínculos entre el establecimiento autogestionado y la red de salud las pautas comunes en materia de mecanismos de información.

Los directores de Servicios de Salud cuentan con facultades en los siguientes ámbitos:

- Gestión, articulación y desarrollo de la red asistencial.
- Administrativo.
- Orden financiero, presupuestario y patrimonial.
- Recursos humanos.
- Relación con la Atención Primaria de Salud.

El director del Servicio de Salud, en su relación con los establecimientos de autogestión en red debe:

- Determinar las atenciones de salud que estos establecimientos entregan.

- Determinar la forma de relacionarse del establecimiento autogestionado con los otros establecimientos de la red.
- Informar la propuesta de presupuesto elaborada por el director del establecimiento autogestionado, y remitir tanto el informe como la propuesta de presupuesto al Subsecretario Redes Asistenciales.

Está previsto que las contiendas de competencia que puedan surgir entre el director del Servicio de Salud y el director del establecimiento autogestionado sean resueltas por el Subsecretario de Redes Asistenciales. Cabe destacar que ambos son seleccionados, designados y evaluados de acuerdo al Sistema de Alta Dirección Pública.

El Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud<sup>81</sup> establece que dependen del director del Servicio el Departamento Subdirección de Gestión Asistencial, el Departamento Subdirección de Recursos Físicos y Financieros, y el Departamento Subdirección de Recursos Humanos. Dado que el director del Servicio debe desarrollar necesariamente las funciones de asesoría jurídica, relaciones públicas y comunicaciones, puede crear para estos efectos los departamentos o dependencias que considere necesario o incorporar las tareas relacionadas con estas funciones en los Departamentos Subdirección ya señalados.

Corresponde también al director desarrollar la función de auditoría,<sup>82</sup> esto es la fiscalización, control y evaluación de las acciones que debe cumplir el Servicio en lo relacionado con lo asistencial, técnico administrativo y financiero, patrimonial y de gestión. Por su carácter delicado, la auditoría debe ser desarrollada por una dependencia que se oriente a esta función de forma exclusiva y excluyente, y estar a cargo de un profesional que depende directamente del director del Servicio, y es autónomo respecto de las otras jefaturas y dependencias.<sup>83</sup>

Como órgano asesor y consultivo existe el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), presidido por el director del Servicio e integrado por representantes de establecimientos dependientes del Servicio, de cada establecimiento de autogestión en red, establecimientos de salud de menor complejidad, entidades administradoras de salud municipal, establecimientos asistenciales privados -que integren la red del Servicio-, y establecimientos de salud de carácter experimental. Sin perjuicio de ello, se pueden establecer otras instancias de consultas adicionales.<sup>84</sup>

Cabe recordar que el Ministerio de Salud tiene atribuciones para instaurar normas técnicas en las redes de salud en materias como:

- Prioridades de salud nacionales y regionales.
- Normas asistenciales y protocolos de atención.
- Sistemas de registros.
- Estándares para los procesos clínicos y administrativos.

81 Decreto N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial el 21 de abril de 2005. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

82 La función de auditoría excluye la substanciación de investigaciones sumarias o sumarios administrativos.

83 Artículos 11 y 12 del Decreto N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud.

84 Ibidem.

- Mecanismos de orientación e información al usuario.
- Mecanismos de evaluación de satisfacción de usuarios.
- Definir programas de salud.
- Tecnologías de información y telecomunicación (TICs).
- Generación de bases para llamados a licitación.

Estas normas técnicas buscan, entre otras finalidades, permitir la integración de las redes de salud tanto a nivel de objetivos (objetivos sanitarios) como a nivel operativo (normas TICs). Unido a ello, todas las instituciones que componen las redes de salud deben cumplir con normativas como la ley de Bases de Administración del Estado, entre otras.

A continuación serán revisadas las atribuciones que el reglamento entrega a los distintos departamentos subdirecciones que dependen del director del Servicio, así como las atribuciones con que cuenta la dirección del establecimiento autogestionado y su estructura.

#### **Departamento Subdirección de Recursos Humanos<sup>85</sup>**

A este departamento le corresponden funciones relacionadas con:

- Proposición de políticas en materia de provisión de recurso humano, organización y movimiento interno de éste.
- Proposición de política y estrategia de desarrollo y formación del recurso humano, en el marco de los convenios docentes asistenciales.
- Definición de criterios para la evaluación de desempeño del recurso humano.
- Supervisión del cumplimiento de la normativa en lo que respecta a remuneraciones, beneficios económicos, sociales y prevención de riesgos.
- Colaborar en el diseño y operación de sistemas información para la gestión de recursos humanos en red.
- Promover y desarrollar una gestión basada en la participación, motivación y compromiso institucional, manteniendo instancias de participación permanentes.

86

#### **Departamento Subdirección de Recursos Físicos y Financieros**

Al Departamento Subdirección de Recursos Físicos y Financieros le corresponde ocuparse del presupuesto anual del Servicio, en su formulación, control de ejecución y evaluación de la gestión financiera, así como generar información financiera, todo ello dentro del marco de planificación de la red asistencial.

85 Artículo 23 del Decreto N° 140 de 2004 del Ministerio de Salud.

86 Ibídem.

En relación a los recursos físicos y abastecimiento, este departamento tiene atribuciones en materia de inversiones, adquisiciones y aprovisionamiento. En particular le corresponde identificar requerimientos, proponer programas de inversiones y bases administrativas y técnicas para llamados a licitación, proponer un programa anual de compras que el director haya dispuesto e instaurar un sistema continuo de provisión, de forma de asegurar que la red de salud contará con los insumos y medicamentos necesarios para otorgar las prestaciones.

### **Departamento Subdirección de Gestión Asistencial**<sup>87</sup>

El Departamento de Subdirección de Gestión Asistencial interviene en:

- Planificación y análisis.
- Epidemiología para la gestión de la red.
- Gestión de programas de las personas.
- Información de salud.
- Articulación y desarrollo de la red.
- Atención de usuarios y participación social.
- Control de gestión.
- Tecnologías de información.

Al Departamento de Subdirección de Gestión Asistencial le corresponde:

- Planificar el desarrollo de la red asistencial en:
  - Articulación.
  - Gestión clínica.
  - Gestión de cuidados.
  - Inversiones.
  - Presupuesto.
  - Participación social y atención del usuario.
  - Comunicaciones.
  - Emergencias y catástrofes.

---

87 *Ibidem.*



- Proponer y coordinar:
  - Estrategias y planes de implementación en ámbitos de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.
  - Sistemas de evaluación y control.
  - Plan integrador y de implementación de tecnologías de información y telecomunicaciones.
  - Adaptación a la realidad local de normas asistenciales y protocolos de atención.
- Programar y evaluar la ejecución de planes, programas y acciones que efectúa la red de salud, la organización y gestión de los recursos para su cumplimiento.
- Diseñar y proponer:
  - Estrategias para la implementación y mejora continua de los sistemas de referencia, derivación y contraderivación.
  - Celebración de convenios con prestadores públicos o privados.
  - Bases técnicas de contratación de servicios y recursos informáticos.
  - Presupuesto de recursos informáticos para el Servicio de Salud.
  - Criterios, normas y sistemas respecto a la calidad de los registros, con el procesamiento y tratamiento de la información.
  - Criterios para los requerimientos de información.
  - Criterios para los procedimientos de registro de datos.
  - Políticas de recursos humanos, gestión administrativa e inversión para la administración de información de salud de la red de salud.
- Supervisar o evaluar:
  - Cumplimiento de estándares para los procesos clínicos y administrativos; así como para la implementación de los planes y programas de salud convenidos o aprobados por el Ministerio de Salud.
  - Grado de satisfacción de los usuarios respecto a la calidad de la atención.
- Prestar asesoría técnica o cooperar en:
  - La operación y mantenimiento de las tecnologías de información y telecomunicaciones, por parte de los integrantes de la red de salud.

- Los procesos de planificación, priorización y estudios en relación a la epidemiología, coordinándose para ello con las Secretarías Regionales Ministeriales.
  - Análisis de información de salud con otras dependencias y establecimientos del Servicio.
- Establecer, desarrollar y velar por la aplicación de:
- Sistemas de control respecto al funcionamiento de la red, obligaciones de los funcionarios, y otras materias de aplicación común en la administración.
  - Análisis y evaluación de los sistemas de gestión y asistencial de la red de salud.
  - Mecanismos de orientación al usuario.
  - Mecanismos de recepción y respuesta o resolución de opiniones y sugerencias, reclamos y felicitaciones de los usuarios y la comunidad en general.
  - Instalación de coordinación para la presentación y postulación de proyectos de inversión por parte de los establecimientos dependientes; generando mecanismos de coordinación permanente con entidades extra sectoriales.
  - Medidas de gestión que permitan una comunicación e interacción permanente de la red, y entre ésta y el Secretario Regional Ministerial de Salud.
- Mantener datos, información o desarrollar estudios respecto a:
- Las distintas áreas de interés de mejoramiento del funcionamiento de la red asistencial.
  - En el ámbito epidemiológico.
  - Respecto a la red asistencial.

### **Atribuciones del establecimiento autogestionado<sup>88</sup>**

La administración superior y el control del establecimiento autogestionado radica en su director, quien cuenta con amplias atribuciones para diseñar y elaborar un plan de desarrollo, así como para organizar internamente el establecimiento. Ello implica que ejerce las funciones de administración del personal, celebra contratos y convenios, entre otras materias. Igualmente cuenta con atribuciones que le permiten orientar el desarrollo del establecimiento con mayores niveles de autonomía que en otros casos.

Por otra parte, el director debe elaborar y presentar una propuesta de presupuesto, un plan anual de actividades asociado a él y el plan anual de inversiones. Asimismo, puede establecer en forma autónoma un arancel para las personas no beneficiarias de la Ley N° 18.469 (no usuarias de FONASA), no pudiendo ser éste inferior al fijado para los beneficiarios de dicha ley. El establecimiento autogestionado se encuentra bajo la supervisión

<sup>88</sup> Véase Título IV (Artículos 25 A, 25 O) del D. L. N° 2.763, actualizado por la Ley N° 19.937.

beneficiarios de dicha ley. El establecimiento autogestionado se encuentra bajo la supervisión del Subsecretario de Redes Asistenciales, quien anualmente debe verificar el cumplimiento de estándares. Por su parte, las materias sobre las cuales informa el director del Servicio de Salud (gestor de redes) y que son consideradas en estos estándares corresponden a:

- Desarrollar una adecuada articulación con la red.
- Desarrollar las actividades asistenciales de acuerdo a los requerimientos y prioridades sanitarias nacionales y de la red asistencial.
- Atender a los beneficiarios de la Ley N° 18.469 (FONASA) y de la Ley N° 16.744 (Accidentes del trabajo), casos de urgencia y emergencia, en el marco de la ley, así como aquellos usuarios en convenio.
- Mantener sistemas de información compatibles con los de la red asistencial.
- Entregar la información estadística y de atención que le sean solicitadas por el Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Servicio de Salud, Superintendencia de Salud, establecimientos de la red asistencial u otra institución con atribuciones para requerir información.

Otras materias que contemplan estos estándares, que son verificados anualmente por el Subsecretario de Redes, se refieren a:

- Implementar satisfactoriamente sistemas o mecanismos de gestión y desarrollo de competencias en áreas de planificación y control de gestión; administración de personal; atención y apoyo al usuario; administración financiera contable y auditoría interna; y sistema de cuenta pública a la comunidad.
- Mantener equilibrio presupuestario y financiero.
- Lograr el cumplimiento de las metas respecto a satisfacción de usuarios.
- Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera convenidas con el director del Servicio de Salud o Subsecretario de Redes Asistenciales.

#### ***IV. Una mirada a la gestión de los Servicios de Salud a través de la ejecución presupuestaria***

Dado que una red de salud cuenta con un conjunto de recursos, una primera tarea es saber cuáles son y cómo se están utilizando. Un antecedente para ello se encuentra en la Ejecución del Presupuesto de los Servicios de Salud<sup>89</sup> que constituye una fuente de información respecto a este tipo de referencias.

Observar y analizar estos datos, da un punto de referencia respecto a la importancia relativa de las diferentes fuentes de ingresos y gastos y además permite dimensionar la

---

<sup>89</sup> El antecedente sobre presupuestos ejecutados y devengados es elaborado para todos los Ministerios y Servicios Públicos, y se entrega entre otros al Congreso.

influencia de políticas específicas sobre ellos. Por otra parte, dado que cada Servicio de Salud, así como cualquier institución del Estado, debe llevar siempre este sistema de registros, el presupuesto es útil para evaluar la gestión financiera de recursos mediante la comparación entre instituciones, así como a través de la comparación en el tiempo.

Comparar la evolución de los presupuestos ejecutados permite inferir los resultados en materia financiera de la implementación de diferentes medidas de política, así como de su gestión. A continuación revisaremos el presupuesto ejecutado por el conjunto de Servicios de Salud en el año 2004. Ello nos permite identificar y dimensionar los puntos críticos -desde la perspectiva de recursos- y generar algunas recomendaciones generales respecto a ellos.

### Estructura de Ingresos de los Servicios de Salud

El 91,3% de los ingresos de los Servicios de Salud del año 2004 provino de transferencias del Sector Público, las que esencialmente fueron efectuadas por FONASA. Las ventas de bienes y servicios propios de la operación, esto es prestaciones de salud a la población no usuaria de FONASA, representa un 5,9% de los ingresos para el año 2004 y la venta de elementos de desecho dados de baja, representó un 0,4% del total de ingresos de 2004. Las donaciones por su parte, no alcanzan a representar el 1% del total de ingresos. Estos datos muestran que los Servicios de Salud dependen casi exclusivamente del gobierno central en sus ingresos.

Por otra parte, el Programa de Prestaciones Valoradas representa el 53% de los recursos de la modalidad de atención institucional en los niveles secundarios y terciarios y el 35% al incorporar en el análisis a la Atención Primaria.

<b>Ingresos. Servicios de Salud. Enero a diciembre 2004 Montos Ejecutados –Devengados</b>		
<b>Ítem</b>	<b>Monto (millones de pesos 2004)</b>	<b>Participación en Total (%)</b>
Totales	1.138.476	100,0
Operación	72.184	6,3
Venta de bienes y servicios	67.275	5,9
Otros ingresos de operación	4.908	0,4
Venta de activos	396	0,0
Transferencias de otros organismos del Sector Público	1.039.863	91,3
Otros Ingresos	16.791	1,5
Donaciones	170	0,0
Otros	16.622	1,5
Operaciones años anteriores	9.241	0,8

Fuente: Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda

Conocer el costo de entregar una prestación de salud no es trivial, y más aún cuando ello depende de las tecnologías existentes, por lo que presenta cambios en el tiempo. Un antecedente que permite dimensionar la complejidad de esta materia es considerar la cantidad de prestaciones que el Fondo Nacional de Salud tiene valoradas. FONASA, en su modalidad libre elección (MLE), diferencia y valora 3.730 prestaciones las que ordena en 28 grupos; y en la modalidad de atención institucional (MAI) define y valora 3.213 prestaciones que distribuye en 32 grupos. En este último caso, se incluyen prestaciones asociadas a control sanitario como zoonosis, calidad de agua y calidad de aire. Las distintas prestaciones se agrupan en función de la sub especialidad médica (cirugía oftalmológica; cirugía otorrinolaringológica; cirugía de cabeza y cuello; cirugía plástica y reparadora, por ejemplo), o según el tipo de función de apoyo que ello implique (transporte, exámenes de laboratorio, imagenología).

Estas cifras dan cuenta de la cantidad y variedad de prestaciones posibles, así como de las diversas alternativas de combinarlas. Así, por ejemplo, para el diagnóstico del cáncer cervicouterino las prestaciones garantizadas a través de AUGE y diferenciadas a códigos de 7 dígitos, corresponden a 18. En este caso el criterio de agrupación está orientado por la etapa del proceso (diagnóstico/ tratamiento) en que interviene la acción de salud, así como el problema de salud (cáncer cervicouterino) que se busca atender. Por tanto, el trabajo de valorar implica registrar precios, identificar insumos utilizados en los procedimientos y tiempos de personal, entre otras variables.

La existencia de la red de salud provee de una oportunidad para comparar los costos entre establecimientos que entregan una misma prestación y de esta manera ver y evaluar dónde el servicio se da a un menor costo o con una mejor relación precio/calidad. De esta manera, las redes de salud y los establecimientos autogestionados pueden efectuar un aporte en el cálculo del monto asociado a las distintas prestaciones valoradas.

Al mismo tiempo, la existencia de diferentes redes de salud y establecimientos autogestionados posibilita diseñar y ejecutar distintas soluciones de gestión, lo que involucra diferencias en los costos de las prestaciones. Estos aportes que pueden hacer las redes de salud inciden positivamente en la transparencia y eficiencia, lo que permite mejorar el servicio que se entrega a los usuarios.

## Estructura de gasto de los Servicios de Salud

El año 2004 los gastos de los Servicios de Salud se distribuyeron fundamentalmente en personal (50%), bienes y servicios de consumo (21,6%) y transferencias (19,2%); correspondiendo la mayor parte de éstas a aquellas realizadas a otras entidades públicas. Las inversiones representaron tan sólo un 2,4% del presupuesto devengado, porcentaje inferior a las obligaciones devengadas (adquiridas) al 31 de diciembre del año 2003.

<b>Servicios de Salud. Gastos Enero a diciembre 2004 Presupuesto devengado</b>		
<b>Ítem</b>	<b>Monto (millones de pesos 2004)</b>	<b>Participación en Total (%)</b>
Total	1.155.080	100,0
Personal	577.277	50,0
Bienes y servicios de consumo	249.541	21,6
Prestaciones previsionales (Subsidios reposo preventivo, enfermedad y medicina curativa, accidentes del trabajo, reposo maternal y cuidado del niño, ayudas económicas y otros pagos de preventiva)	45.773	4,0
Transferencias corrientes	221.941	19,2
Transferencias al sector privado	221	0,0
Transferencias a organismos del Sector Público	2.848	0,2
Transferencias a otras entidades públicas (Atención Primaria, Convenios, Programa Especial. Salud pueblos indígenas)	217.193	18,8
Transferencias al fisco	1	0,0
Cumplimiento de sentencias ejecutoriadas	258	0,0
Convenios y acuerdos externos de donaciones	1.420	0,1
Inversión Sectorial de Asignación Regional	174	0,0
Inversión Real	27.717	2,4
Inversión financiera	-300	0,0
Operaciones años anteriores	32.957	2,9

Fuente: Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda

El volumen de recursos involucrado en las transferencias da cuenta de las repercusiones y utilidad que puede tener el uso de convenios, en los que se pueden establecer compromisos de gestión. Los convenios reflejan compromisos que las partes se obligan a cumplir, y por tanto su primer aporte es que reflejan el acuerdo entre las partes involucradas respecto a objetivos comunes que guían la gestión.

Es un gran paso que las partes acuerden que constituye un elemento de la buena gestión “brindar atenciones de calidad”, puesto que indica la manifestación de una voluntad común que es parte de un contrato. Un segundo paso es generar acuerdo sobre la forma o mecanismo en que esta voluntad común se concretará y será evaluada. Así, brindar “atenciones de calidad” puede traducirse en compromisos de tiempos de espera máximos, creación de sistemas de registros de solicitud de horas, instalación de oficinas de información, reclamos y sugerencias, entre otras acciones.

Los convenios y contratos deben incorporar mecanismos de verificación del cumplimiento de los compromisos adoptados, que permiten hacerlos exigibles. Otro punto a considerar es su duración y reformulación, en la medida que se orientan a generar vínculos de largo plazo, los convenios y contratos pueden establecer un orden de secuencias en los compromisos, así como mejoras en los medios de verificación. Por ejemplo, si en una primera etapa se puede pensar en mantener registros manuales de los reclamos establecidos por los usuarios en una segunda etapa puede incluirse su automatización. Por ello es importante la planificación de la red de salud, puesto que entrega un orden y un marco común donde se orientan los compromisos en materias de gestión y atención que deben contemplarse en los convenios. Este orden a nivel nacional está dado por los objetivos sanitarios y las orientaciones de políticas del Ministerio de Salud.

El volumen e importancia del financiamiento destinado a “personal” refleja lo crítico de este recurso en la producción de servicios de salud. Por otra parte, al desagregar el gasto en este ítem se observa que en su mayor parte es independiente de la cantidad de prestaciones de salud que se otorguen, dado que el 16,5% del gasto en personal corresponde a remuneraciones variables<sup>90</sup> y que las bonificaciones asociadas a desempeño representaron el 6,5% del total de gasto en personal.<sup>91</sup> Las cifras indican que el personal a contrata y de planta representan montos comparables de gasto. En efecto, el gasto en personal de planta y sobresueldo<sup>92</sup> de personal de planta representa el 37,3% del gasto total, mientras el gasto en personal a contrata y sobresueldo de personal a contrata representa el 34,1%. Por otra parte, el 52,1% del gasto en personal se explica por los “sobresueldos”, concepto que agrupa un conjunto de asignaciones, como son antigüedad y zona. Esta última cifra permite dimensionar el conjunto de antecedentes requeridos para llevar a cabo el proceso de remuneraciones.

90 Corresponden a pago de suplencias, horas extraordinarias, entre otros factores, y que en consecuencia responden en la práctica a un mayor nivel de actividad.

91 Corresponde a la suma de la participación del gasto asociado a “Bonificación de Estímulo por Desempeño Funcionario” y el gasto asociado a “Bonificación por Desempeño institucional”. Art. 41”

92 La frase “sobresueldos del personal de planta” designa al ítem de la Ley de Presupuestos que se refiere a asignaciones y bonificaciones para el personal de planta.



## Gasto en personal devengado de Servicios de Salud. 2004

Ítem	Monto (millones de pesos 2004)	Participación en Total (%)
Gasto Total en Personal	577.277	100,0
Personal planta	56.459	9,8
Sobresueldo personal planta	158.680	27,5
Personal a contrata	54.475	9,4
Sobresueldos personal a contrata	142.353	24,7
Remuneraciones variables	95.011	16,5
Viáticos	1.985	0,3
Bonificación de Estímulo por Desempeño Funcionario	24.389	4,2
Bonificación por Desempeño institucional. Art. 41	13.372	2,3
Cotización adicional, Art. 81 Ley 18.566	19	0,0

## Gasto en personal devengado de Servicios de Salud. 2004

Ítem	Monto (millones de pesos 2004)	Participación en Total (%)
Aportes patronales	8.482	1,5
Otras remuneraciones Código del Trabajo	2.831	0,5
Aguinaldos y Bonos	11.518	2,0
Incentivo monetario al retiro	7.702	1,3

Fuente: Dirección de Presupuestos

Por otra parte, las cifras de remuneraciones también dan cuenta de la importancia de las políticas de personal, no sólo por el volumen de recursos involucrados sino por las relaciones de largo plazo que se dan al interior de la red de salud.

En este sentido, fomentar el aprendizaje, la innovación y la adquisición de habilidades y competencias (saber hacer) en el recurso humano es una labor esencial. Las competencias que requiere la red de salud comprenden los ámbitos técnicos (contenido específico o especializado del cargo u ocupación), de gestión (orientadas a administrar, ordenar, mejorar, enriquecer y controlar el trabajo en el cargo) y distintivas o conductuales (responsabilidad y confidencialidad) lo que se asocia a compartir un código de comportamiento. En la práctica, la red de salud puede convertirse en un lugar donde se guíe y estimule el aprendizaje tanto individual como colectivo en los distintos aspectos.

Ello también permite entregar una respuesta a las expectativas de las personas que buscan mejorar sus condiciones de vida, a través, del aprendizaje y la experiencia. Fomentar políticas de personal tendientes a que las personas que participan en la red de salud se desarrollen, tiene que ver con que adquieran capacidades para aprender continuamente, adaptar e innovar. La perspectiva de “asociación” entre la red y quienes trabajan en ella implica la adopción de compromisos entre las partes, en otras palabras lograr una alianza estratégica para generar un modelo de desarrollo y crecimiento de las personas que constituya un estímulo para ellas.

La capacidad de la red de salud de planificar el egreso de su personal tiene gran importancia si se considera la separación que existe entre las decisiones de “jubilar” y dejar el trabajo que se desempeña. Por otra parte, un modelo basado en una alianza estratégica donde las competencias son una parte intrínseca de los sistemas a incentivos y promoción, requiere que los trabajadores dispongan de un sistema de acreditación de competencias representativo y compartido. Un modelo basado en competencias tiene como ventajas fomentar el compromiso y el aprendizaje continuo al interior de la red de salud, lo que es esencial en un mundo cambiante, y particularmente de transformaciones en el ámbito de los servicios y de la medicina y la biotecnología.

El ítem bienes y servicios de consumo representó el 21,6% del gasto total de los Servicios de Salud en el año 2004. De éste, la mitad correspondió a “Productos químicos y farmacéuticos” (37,5%) y “Materiales y útiles quirúrgicos” (12,9%). Ello muestra la importancia del proceso de adquisición ligado a este tipo de productos y de la generación de políticas de stock.

Mantener stock de recursos tiene por finalidad evitar el riesgo de que se necesite y no se encuentre disponible el producto requerido. Como contraparte, la mantención de stock conduce a tener recursos inmovilizados. En el caso, de medicamentos y productos químicos, debe agregarse el riesgo de obsolescencia y vencimiento. Por otra parte, la demanda por estos productos puede orientar en la definición de políticas de stock. No todos los medicamentos, ni materiales se demandan con la misma recurrencia ni involucran los mismos precios. El que anualmente se utilice aproximadamente el 10% del presupuesto de los Servicios de Salud en “Productos químicos y farmacéuticos” y “Materiales y útiles quirúrgicos” indica la importancia de llevar adecuados sistemas de administración y control de inventarios.

El uso de infraestructura por parte de los Servicios de Salud no se encuentra exento de costos. El año 2004, estos destinaron el 16,3% del gasto en Bienes y Servicios de Consumo a “Combustibles y lubricantes” (3,2%), “Mantenimiento y reparaciones” (6,5%) y “consumos Básicos” (6,7%). Todos estos recursos se asocian a actividades de mantención o movilización de infraestructura. Su optimización implica considerar factores de distancia y concentración de población en las decisiones de localización de la nueva infraestructura, así como evaluar los ahorros que implica la renovación de equipos como, por ejemplo, una caldera.

**Gasto en beneficios y servicios de consumo.  
Servicios de Salud. 2004**

<b>Ítem</b>	<b>Monto (millones de pesos 2004)</b>	<b>Participación en Total (%)</b>
Bienes y servicios de consumo. Total	249.541	100,0
Alimentos y bebidas	11.215	4,5
Textiles, vestuarios y calzados	1.892	0,8
Combustibles y lubricantes (vehículos y calefacción)	7.971	3,2
Materiales de uso o consumo corriente	133.557	53,5
Materiales de Oficina	3.310	1,3
Materiales de enseñanza	45	0,0
Productos químicos y farmacéuticos	93.537	37,5
Materiales y útiles quirúrgicos	32.191	12,9
Otros materiales y suministros	4.475	1,8
Mantenimiento y reparaciones	16.141	6,5
Consumos básicos	16.660	6,7
Servicios Generales	55.699	22,3
Comunicaciones	635	0,3
Publicidad y difusión	348	0,1
Servicios de Impresión	417	0,2
Gastos de representación	119	0,0
Servicios de Aseo	6.324	2,5
Servicios de cobranza y otros	165	0,1
Gastos menores	462	0,2
Arriendo de inmuebles	1.201	0,5
Otros arriendos	1.925	0,8
Pasajes y fletes	4.054	1,6
Intereses y comisiones	15	0,0

## Gasto en beneficios y servicios de consumo. Servicios de Salud. 2004

Ítem	Monto (millones de pesos 2004)	Participación en Total (%)
Servicio de mantención de jardines	166	0,1
Otros servicios generales	39.130	15,7
Imprevistos	737	0,3
Contratación de Estudios e Investigación	44	0,0
Gastos en computación	4.174	1,7
Capacitación y perfeccionamiento Ley 18,575	2.188	0,9

Fuente: Dirección de Presupuestos

En general, la ejecución de presupuestos permite tener una imagen de la fuente y usos de recursos en un período dado. Los datos observados para el año 2004 otorgan una visión de la importancia relativa de los distintos ítems de gastos de los Servicios de Salud, y entregan un punto de comparación. Los presupuestos ejecutados pueden contrastarse con los presupuestos proyectados los que deben ser aprobados por el Subsecretario de Redes Asistenciales, a más tardar el 15 de diciembre de cada año.

### Preparación del presupuesto y gestión de recursos financieros

La gestión de recursos financieros tiene que ver con planificar, obtener y usar los fondos para los fines y objetivos de la red de salud. Una primera cuestión es poder estimar los recursos que ella requiere para brindar las distintas prestaciones de salud que la población puede potencialmente demandar. Esta estimación de recursos permite presentar propuestas de presupuestos, así como contribuir a la valoración de las prestaciones médicas, como se señaló. La importancia otorgada por la ley a la gestión financiera se observa en que establece que el cumplimiento de metas de desempeño presupuestario es uno de los elementos a considerar en los convenios que suscribe el Servicio de Salud, a través de su director, con los distintos establecimientos, incluidos aquellos autogestionados. Por otra parte, los Servicios de Salud, y los establecimientos autogestionados cuentan con la oportunidad de proponer un presupuesto al Subsecretario de Redes Asistenciales.<sup>93</sup>

El proyecto de presupuesto es una estimación del monto de recursos requeridos para brindar el servicio de salud. Por tanto, el presupuesto -estimado y efectivo- depende de:

- Cantidad de cada tipo de prestación de salud a entregar lo que depende de la demanda de la población.

<sup>93</sup> En relación al director del Servicio de Salud, el D.L. N° 2.763 actualizado por la ley 19.937 en su art. 20 indica que le corresponde:

- "Elaborar y presentar el proyecto de presupuesto del Servicio" (literal d)
- "Ejecutar el Presupuesto del Servicio de acuerdo con las normas relativas a la administración del Estado y proponer las modificaciones y suplementaciones que sean necesarias" (Literal e).
- "Aprobar y modificar los presupuestos de los establecimientos, de acuerdo con el presupuesto del Servicio y coordinar, asesorar, inspeccionar, controlar y evaluar la ejecución presupuestaria dentro de él" (literal f).
- "Elaborar el presupuesto de la Red Asistencial de Salud a su cargo y formular las consideraciones y observaciones que le merezcan los presupuestos de los hospitales autogestionados" (literal s).

En relación al director de establecimiento autogestionado la ley indica que le corresponde "Elaborar y presentar al Director del Servicio de Salud correspondiente, el que lo remitirá al Subsecretario de Redes Asistenciales con un informe, el proyecto de presupuesto del Establecimiento, el plan anual de actividades asociado a dicho presupuesto y el plan de inversiones, conforme a las necesidades de ampliación y reparación de la infraestructura, de reposición del equipamiento de éste y a las políticas del Ministerio de Salud (literal d de Art. 25 E).

- Cantidad y variedad de personal contratado en los distintos establecimientos.
- Gastos asociados a la operación de la infraestructura.
- Cantidad y variedad de insumos utilizados en las prestaciones de los distintos servicios.

En la preparación del presupuesto es posible distinguir dos grandes tipos de costos: uno asociados a la variedad y cantidad de prestaciones (costos variables), y otro que no depende de éstas (costo fijo).

Los costos fijos tienen como dificultad para su predicción los cambios en precios que pueden presentar. Por ejemplo, independientemente del número de prestaciones de salud que se otorguen, es necesario iluminar los edificios y mantener y regar jardines. Por tanto estos costos están influidos por los cambios en los precios de tarifas eléctricas y agua potable entre otros. También corresponden a los costos fijos las remuneraciones del personal que no son variables (zona, título, etc.).

La existencia de la red de salud entrega opciones que permiten evaluar dónde existen ventajas para localizar las distintas prestaciones, preservando la calidad y eficiencia en el uso de los recursos. A modo de ejemplo, es posible pensar que los aparatos de diagnóstico de elevado costo fijo -que implican una alta inversión- deberían localizarse en lugares donde la población beneficiaria tenga accesos expeditos, o sea en lugares con alta conectividad a redes de transporte, y/o que tengan una alta concentración de población. Desde la perspectiva pública, está el interés de garantizar el acceso a las prestaciones, así como de prevenir la ocurrencia de enfermedades. Sin embargo, dado que se cuenta con recursos limitados, la red de salud permite ponerlos en común, para brindar el mayor número de atenciones de calidad. Dicha puesta en común se visualiza en la preparación y ejecución del presupuesto, y su ventaja es que los distintos proveedores, al encontrarse integrados, tienen dónde recurrir en caso de no poder entregar un prestación, y de poder desarrollar experticias propias de acuerdo a las demandas de la población.

Los costos variables dependen de la cantidad de prestaciones que entrega la red de salud. Ejemplo de ello son los distintos insumos que se utilizan. Para presupuestarlos es relevante contar con proyecciones de demanda de salud, y para ello se requiere conocer el perfil epidemiológico de la población, ya que de ello dependerán los tratamientos y procedimientos diagnósticos necesarios, así como el costo de los mismos. Ello guarda relación también con las diversas habilidades requeridas en el personal.

A modo de ejemplo, y para reflejar la importancia de considerar estos factores, es posible observar cómo han evolucionado entre 1995 y 2002 las demandas de salud en atención primaria. Los datos que presenta el cuadro siguiente indican que en ese período el perfil de la demanda se ha modificado, disminuyendo en importancia las consultas infantiles y por temas específicos de mujeres; y adquieren una mayor relevancia las asociadas a adultos y adultos mayores.

Consultas médicas en atención primaria				
	Número de consultas		Participación en Total de consultas (%)	
	Total Consultas	8.269.565	14.381.010	100,0
Infantil	3.207.627	4.575.723	38,8	31,8
Adolescente	857.582	1.819.214	10,4	12,7
Mujer	287.839	209.075	3,5	1,5
Adulto	3.916.517	5719.983	47,4	39,8
Adulto Mayor	0	1.785.201	0,0	12,4
Salud Mental	0	271.814	0,0	1,9

Fuente: Departamento de Estadísticas e Información de Salud, Ministerio de Salud

Los precios son una segunda fuente de dificultad al proyectar presupuestos, lo que se puede observar en el cuadro siguiente que muestra la evolución entre 1990 y 2004 de las importaciones de medicamentos que contienen penicilina o derivados para uso humano. Las variables consideradas son: monto importado en dólares entre 1990 y 2004; la cantidad importada expresada en kilos netos, y el tipo de cambio observado. A partir de ello, se obtiene la evolución del precio de un kilo neto de estos medicamentos expresado en dólares o pesos chilenos. Los datos muestran que el precio en dólares por kilo neto fluctúa entre un máximo de 441,3 dólares, en 1995, y un valor mínimo de 27,4 dólares en 2003. Los valores en pesos chilenos van desde 180.503 pesos por kilo neto en 1995 a 16.547 pesos en 2003. El gráfico a continuación muestra que el precio de estas importaciones sigue un movimiento de alza hasta 1995, y luego comienza una declinación.

Estos demuestran que tratar de proyectar gastos requiere de dedicación, tiempo, recursos, y, particularmente, datos e información.

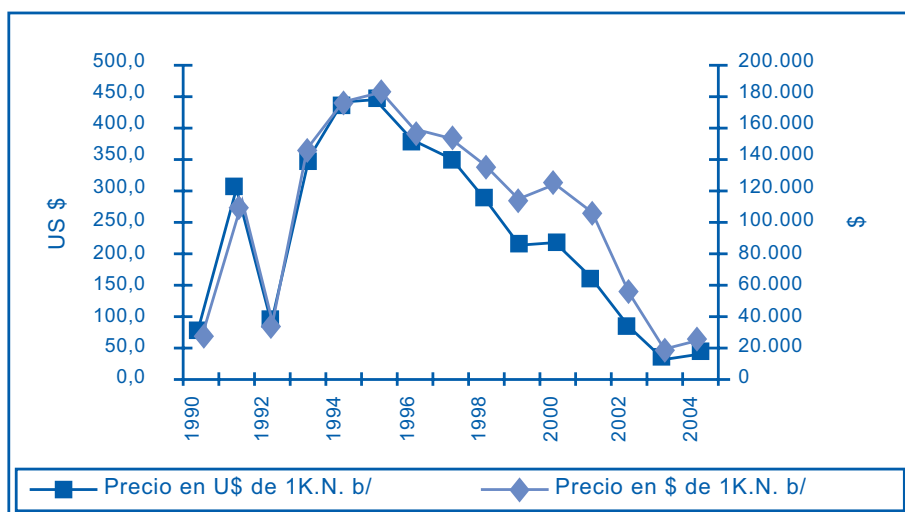
Importaciones de medicamentos que contengan penicilina o derivados, para uso humano ( código arancelario 30031010)					
Año	Monto en US\$ a/	Cantidad (K.N.) a/	Precio en US\$ de 1 K.N. b/	Evolución Tipo de cambio observado c/	Precio en \$ de 1 K.N.b/
1990	208.110	2.674	77,8	335,0	26.070
1991	144.563	474	305,0	371,9	113.432
1992	10.029	111	90,4	380,2	34.353
1993	521.390	1.517	343,7	425,7	146.324
1994	1.022.915	2.350	435,3	402,2	175.084
1995	1.776.409	4.025	441,3	409,0	180.503
1996	1.229.484	3.290	373,7	422,4	157.856
1997	1.083.672	3.112	348,2	438,3	152.623
1998	673.241	2.357	285,6	472,4	134.930
1999	619.829	2.949	210,2	538,2	113.125
2000	163.418	758	215,6	574,6	123.885
2001	205.168	1.283	159,9	669,1	107.004
2002	91.389	1.127	81,1	702,0	56.921
2003	79.783	2.907	27,4	602,9	16.547
2004	83.116	2.303	36,1	576,2	20.794

Fuentes

a/ Servicio Nacional de Aduanas.

b/ Cálculo propio

c/ Banco Central de Chile. Valor promedio de tipo de cambio observado en diciembre de cada año





La elaboración del presupuesto busca proyectar un determinado valor o monto dentro de ciertos márgenes. Por lo tanto, uno de los criterios para evaluar la bondad de un presupuesto es su capacidad predictiva. En palabras simples, se trata de determinar en qué cantidad el presupuesto solicitado excedió o subestimó los recursos efectivamente utilizados.

Es relevante efectuar una evaluación ex post, una vez que han ocurrido los hechos, pues permite identificar los errores y aciertos cometidos en la elaboración del presupuesto, que pueden ser de índole variada, con el fin de aprender de ellos y generar mecanismos para mejorar las proyecciones.

Un aspecto fundamental en las proyecciones es conocer el proceso productivo tanto de las prestaciones de salud como de los servicios de apoyo. Por ejemplo, en los establecimientos de salud es sumamente necesario el aseo. Entonces, si se desea reducir costos en esta materia, algunas preguntas posibles de plantear son:

- ¿Quién sabe qué tipos de detergentes y cuánto de ellos se requiere para mantener aseado un metro cuadrado de pisos?
- ¿Quiénes pueden recomendar otros detergentes?
- ¿Existen procedimientos para evaluar la efectividad de los distintos detergentes?

Por insignificante que parezca el dato, como muestra el cuadro de gasto, el gasto en aseo de hospitales y consultorios representa el 2,5% del presupuesto devengado en bienes y servicios de consumo y supera en más de cuatro veces el volumen destinado en conjunto a “Comunicaciones”, “Publicidad y difusión”, “Servicios de impresión” y “Gastos de representación”.

Por tanto, efectuar consultas respecto a cómo optimizar procesos puede conducir a ahorros de recursos posibles de reorientar a otras áreas.

### ***V. Gestión de datos y vínculos de información***

En el proceso de gestión intervienen las etapas de diseño, planificación, monitoreo, evaluación, control, y rediseño. Los materiales o insumos que requiere para desarrollarse son datos, información y conocimientos, por lo que las tecnologías de información (software, hardware, modelos de análisis), son un instrumento de apoyo para realizar este trabajo. Ello lleva a precisar que los datos, si bien son relevantes para la gestión, no son un fin en si mismos.

Dado que la administración de datos es una piedra angular de la gestión, una de las funciones del gestor es velar por la calidad de ellos y por su flujo y disponibilidad en la red para sus distintos usos potenciales (consulta, investigación, análisis estadísticos, etc.).

En general, los sistemas de información se han ido construyendo orientados por demandas puntuales, por lo que surgen dificultades asociadas a la conversión de datos desde un sistema de soporte a otro, lo que muchas veces exige duplicación de esfuerzos en los sistemas de registros, con la consiguiente dispersión de recursos. Ello incide negativamente

en la accesibilidad de los datos y favorece su pérdida.

Por otra parte, no debe confundirse la administración de datos con la administración del soporte (hardware y software) de los datos. Este último es un problema técnico y debe ser funcional a los fines de la administración de los datos. En términos simples, si lo que se requiere son datos que los usuarios puedan manipular, el problema tecnológico es generar un mecanismo amigable de transferencia desde las bases de datos hacia el software que operan los usuarios.

Almacenar datos que no pueden ser vistos o usados no tiene mucha utilidad. Asimismo, las razones técnicas no pueden ser las determinantes para que alguien pueda o no acceder a determinados datos. Ello depende de definiciones de política institucional y la tecnología debe estar al servicio de esta última.

Algunas preguntas que pueden orientar la evaluación de la calidad de los datos son:

- ¿Cuán (in)exactos son los datos? En general, las mediciones se entregan con información respecto a su (in)exactitud. Así, las encuestas arrojan resultados respecto a preferencias dentro de intervalos de confianza e indican sus márgenes de error. Por otra parte, los instrumentos de medición en general vienen calibrados a ciertos niveles de precisión. Mayores grados de precisión involucran por lo general mayores costos. A modo de ejemplo, el nivel de precisión con el que se podrá conocer la edad de una persona es distinto si se registra el año de nacimiento, a que si se registra la fecha completa (día, mes y año), pero esto último requiere un mayor esfuerzo de diseño de la base de datos, recolección y poblamiento. En general, como primera medida se debe individualizar las fuentes de datos, lo que no implica un gran costo sino básicamente es un asunto de orden.
- ¿Los datos están completos? En general las bases de datos buscan recabar un conjunto de características, como por ejemplo: “nombre, edad, sexo” y sólo están completas cuando están pobladas (contienen antecedentes) con todos los datos previamente definidos en su diseño. Las redes de salud enfrentan dificultades para caracterizar a sus usuarios actuales y potenciales, así como para conocer su número, lo que disminuirá en la medida en que éstos se registren en los establecimientos de Atención Primaria, correspondientes a su residencia o lugar de trabajo.<sup>94</sup> Así, el proceso de inscripción entrega una oportunidad para recolectar antecedentes sumamente útiles para brindar y diseñar prestaciones de salud. Conocer direcciones, por ejemplo, puede orientar al momento de localizar territorialmente el potencial desarrollo de una enfermedad contagiosa.
- ¿Los datos se encuentran actualizados? Todo dato es registrado en algún momento del tiempo y en general es útil indicar cuándo ello ha ocurrido, porque si bien algunos datos no cambian (fecha de nacimiento, por ejemplo), otros son variables (como el

94 Estas dificultades también las ha enfrentado el Fondo Nacional de Salud, institución que para estimar sus usuarios anuales para el período 1990 -2003 utilizó datos provenientes de Encuestas de Caracterización Socio Económica (CASEN) del Ministerio de Planificación y Cooperación, Boletines de Superintendencia de Instituciones de Salud Previsional, y Proyecciones de Población Censo 1992 y resultados de Censo 2002 (Para mayores detalles véase. “Boletín Estadístico FONASA 2002 – 2003”).

nivel de ingreso). La actualización de los datos implica definir frecuencias deseadas para que esta labor se lleve a cabo, y al mismo tiempo definir procedimientos sobre conservación: si se guardan los datos antiguos al agregar el nuevo antecedente (manteniendo el historial) o si se borra el dato antiguo y se reemplaza por el dato nuevo. Las opciones tienen que ver con la finalidad del registro. Por ejemplo, en el caso de fichas clínicas no parece oportuno borrar registros de resultados de exámenes.

- ¿Los datos se encuentran accesibles de forma oportuna? Datos no accesibles o que presentan un retraso para su uso no tienen gran utilidad. Por ejemplo, registrar el resultado de un examen de laboratorio en una base de datos a la que no accede el médico que ordenó el examen parece no tener mucho sentido.
- ¿Los datos son consistentes? Ello tiene que ver con la fiabilidad, por lo que en general la construcción de bases de datos incluye mecanismos de verificación y validación. Un dato claramente inconsistente es que una persona de sexo masculino registre dentro de sus prestaciones de salud un parto o que alguien tenga registrada una edad de 240 años. Al respecto, es posible utilizar mecanismos que permitan cruzar el contenido de las bases de datos, al menos parcialmente a través de procedimientos aleatorios,<sup>95</sup> para verificar los antecedentes contenidos.

Lo dicho implica que los datos ingresados deben ser fiables. Dado que las características y experticias requeridas para identificar síntomas, realizar diagnósticos e interpretar exámenes no son las mismas es preciso que estas informaciones vengan validadas por alguien con autoridad para ello antes de proceder a su registro. Lo mismo ocurre, en el caso de bases de datos sobre el personal que trabaja en la red de salud, cuyo nivel académico y profesional debe estar respaldado por títulos, o haberse verificado con los registros que mantiene el Servicio de Registro Civil.

Por otra parte, la construcción de sistemas de información (generación, almacenamiento y procesamientos) orientados a datos implica reconocer fuentes y usos de los mismos. En el caso de las redes de salud, las fuentes posibles de datos se pueden esquematizar como: usuarios de la red, la red misma y agentes externos. Estas mismas entidades pueden requerir acceso a las bases de datos, o a alguna información construida en función de los datos almacenados. Ello implica definir derechos de acceso.

Por otra parte, dado que los requerimientos de información de los usuarios internos de la red de salud difieren, es importante considerarlos a la hora de definir cuáles serán los datos que se acumularán y cómo, para facilitar su uso. Un detalle a tener presente es que guardar información desagregada permite agregar. En cambio, guardar información agregada no permite desagregar. Esto significa por ejemplo que si se registran egresos por sala es posible obtener el número de egresos por establecimiento, pero si se registran egresos por establecimientos no es posible obtener egresos por sala. Desde otra perspectiva, ello indica que en la práctica es aconsejable preservar los datos que permiten construir indicadores, lo que tiene como ventaja favorecer la verificación de cálculos y genera nuevos indicadores con base en los mismos datos.

En este sentido, una herramienta particularmente utilizada son los indicadores de gestión, que pueden ser definidos como una expresión cuantitativa respecto al comportamiento o desempeño de una organización, que tiene por finalidad orientar en la evaluación de

<sup>95</sup> Selección de casos a través del azar.

desempeño, requiriéndose para ello una magnitud con la cual comparar. Nótese que variables cualitativas también pueden ser tratadas cuantitativamente. Lo ideal es obtener los valores de referencia, contra los cuales se contrasta (deseables), de los indicadores de gestión a través de un consenso, pudiendo utilizarse para obtener este acuerdo antecedentes de niveles históricos, así como estándares predefinidos y los requerimientos de los usuarios.

Idealmente los indicadores de gestión deberían contener la siguiente información:

- Producto: número de registro del indicador o código del indicador. Ello es particularmente útil para la construcción de bases de datos.
- Nombre del indicador: Debe ser breve y dar cuenta de lo que se busca medir.
- Objetivo: Para qué sirve, en qué contexto.
- Interpretación.
- Tipo de indicador.
- Nivel de comparación.
- Periodicidad.
- Definición operacional: esto es la fórmula de cálculo.
- Datos requeridos.
- Fuentes de datos.
- Responsabilidad de generar datos.
- Responsabilidad de generar indicadores.
- Responsabilidad de toma de decisión.

El flujo de información al interior de la red de salud se relaciona con cuestiones muy prácticas. En el ámbito clínico se encuentran la administración de las listas de espera, procedimientos de información entre profesionales de la red de salud (referencia y contrarreferencia), informe de exámenes, y comunicación con el usuario. En el ámbito de personal están, entre otros aspectos, las evaluaciones, el control de asistencia y la asignación de estímulos. En lo que respecta a finanzas, están, por ejemplo, el control de inventarios, manejo de flujos de caja, cobranzas, entre otros.

Por otra parte, el flujo de información al interior de la red de salud constituye un medio de aprendizaje para cada componente. Además, los tratamientos o intervenciones se dan en una persona (usuario o comunidad), y es ahí donde en la práctica se integran y continúan. Los sistemas de referencia y contrarreferencia surgen como respuesta a la falta de conocimiento respecto a los tratamientos e intervenciones que siguen los usuarios.

Así, esto permite a la red de salud dar continuidad en su servicio a través de los distintos nodos que la componen. Igualmente esta continuidad se refiere a los distintos tipos de atenciones que entrega como protección, promoción, diagnóstico precoz.

La referencia y contrarreferencia también contribuyen a la eficiencia en el uso del sistema de prestaciones de salud. Tras la decisión de solicitar un examen o recurrir a un especialista existe un juicio respecto a la necesidad de efectuar estos procedimientos. Al proveer un sistema de esta naturaleza, la red entrega un marco de referencia con estándares y guías para que los profesionales y los usuarios puedan tomar esta decisión con mayores niveles de conocimiento e información. Ello evita incurrir en exámenes innecesarios, así como orientar las horas de personal especializado a brindar atenciones en las cuales es más difícil de sustituir.

Para que un sistema de referencia y contrarreferencia exista se requiere tener visibles los siguientes elementos de la red de salud:

- Cartera o catálogo de servicios: por unidad o establecimiento, de conocimiento público y con claros sistemas de ingreso.
- Protocolos de atención por nivel.
- Formulario del sistema de referencia y contrarreferencia.
- Mecanismo de supervisión: toma de datos, llenado de datos.
- Sistema de información.

Idealmente, en la construcción de sistemas de referencia y contrarreferencia es aconsejable que participen todos los involucrados: usuarios, personal médico, personal administrativo y de apoyo. Esto porque en general todos utilizan y/o entregan antecedentes en este proceso. Cabe recordar, que estos sistemas deben ser evaluados, para ser mejorados en el tiempo.

Por otra parte, brindar atenciones de calidad requiere de un proceso de gestión de datos e información orientado hacia esos fines. En general, la calidad implica que se cumplan los requisitos de accesibilidad, oportunidad, continuidad y suficiencia e integralidad. Por otra parte, las prestaciones de atención de salud deben cumplir con una racionalidad lógico-científica, que en la práctica implica alcanzar:

- Efectividad: grado máximo de mejoramiento con la mejor atención posible.
- Eficacia: aplicación de un saber o tecnología cuya utilidad ha sido previamente demostrada.
- Eficiencia: maximizar el beneficio.

El método científico permite mejoras de calidad en salud a través de distintos modelos de gestión, siendo para ello requisito la evaluación de esta gestión y, por lo tanto, la existencia de datos que permitan esta evaluación. Una forma de estudiar estos datos es

a través de procedimientos estadísticos, los que permiten generar estándares o indicadores para el control. Lograr una atención de calidad se asocia a mecanismos de control interno.

En el caso de las prestaciones de salud es importante distinguir las labores de auditoría médica de aquellas asociadas a la auditoría clínica. Lo primera apunta a la actuación del médico como individuo, mientras que la segunda tiene que ver con el conjunto de acciones derivadas de la estructura, proceso, resultados e impacto de todo un equipo interdisciplinario de atención en salud.

La auditoría clínica tiene como objetivos:

- Diseñar, implementar y desarrollar sistemas de garantías de calidad.
- Establecer criterios de acreditación de hospitales.
- Diseñar indicadores y estándares de calidad.
- Evaluar la eficiencia, eficacia y efectividad de la administración.
- Evaluar la calidad de la atención médica y sus impactos.

En cambio, los objetivos de la auditoría médica son:

- Evaluar la calidad de acuerdo a protocolos establecidos.
- Lograr un uso racional de medicamentos.
- Utilizar adecuadamente la cama hospitalaria.
- Evaluar calidad de historias clínicas.
- Lograr calidad en las referencias y contrarreferencias.
- Evaluar el cumplimiento de protocolos de manejo.
- Lograr pertinencia en incapacidades por enfermedad general y maternidad.

Existen los protocolos de manejo, que corresponden a una línea de acción o guía de manejo de una patología determinada. Estos protocolos de manejo pueden utilizarse como marca institucional (que sean públicos y conocidos para que el usuario pueda discriminar entre distintos proveedores) Los protocolos deben contener los siguientes elementos:

- Título.
- Definición: se especifica qué se entiende por dicha patología.
- Orientación diagnóstica: se establecen principales características diagnósticas en cuanto a: cuadro clínico, examen físico, anatomía patológica, exámenes de laboratorio e imágenes diagnósticas.

- Orientación terapéutica: el tipo de manejo general, farmacológico y quirúrgico.
- Observaciones y recomendaciones.

Finalmente, sobre la gestión de los datos, conviene hacer notar que un punto no menor que presenta la construcción de bases de datos y sistemas de información es dónde radica su propiedad y derecho de uso. Ello tiene que ver con la apropiación de beneficios generados a partir de los datos recogidos desde una población, que pueden ser de utilidad no sólo para fines asistenciales y de planificación, sino que también para investigaciones con fines pecuniarios, como por ejemplo los estudios de análisis de riesgo que se utilizan para el cobro de primas por seguros de salud. Ello implica que la red de salud tiene una responsabilidad con sus usuarios y con su personal en lo que se refiere a los datos aportados por ellos y, por tanto, debe adoptar resguardos -físicos y contractuales- para evitar su uso indebido o no autorizado.

La administración de bases de datos y la generación de sistemas de información deben plantearse recurrentemente dos objetivos contrapuestos. Por una parte, buscar la agilidad en el acceso y, por otra, preservar la confiabilidad de los datos y velar por su seguridad (evitar su alteración). Ello requiere políticas de acceso y divulgación, que deben buscar la transparencia y dar la posibilidad de control ciudadano. Es importante que la red defina una política de seguridad, con independencia de los sistemas informáticos o manuales que existan.

En particular, en el caso de los registros médicos debe velarse por la intimidad y el honor de las personas. La atención de salud es entendido como una actividad donde existe confianza y confidencialidad entre el profesional de salud y el usuario. Por tanto, la divulgación de los datos del paciente, que han sido entregados en un acto de confianza, conduce a quebrar esta relación. Un principio útil en este sentido es el "secreto estadístico", que permite la entrega de datos pero sin que sea posible identificar a la fuente (usuario).

El uso de bases de datos para generar beneficios es un tema de amplia discusión. En la construcción de las bases de datos de las redes de salud participa tanto la comunidad usuaria aportando datos como los funcionarios que realizan registros. Sin la institucionalidad existente difícilmente se podría pensar en una construcción semejante. Quien(es) a partir de un conjunto de procedimientos generan nueva información o conocimiento utilizando estas bases de datos, sin duda también realizan un aporte. Una pregunta entonces es cómo se distribuyen los beneficios generados por investigaciones así realizadas. Existen distintas respuestas, las que exigen acuerdos sociales.

India e Islandia ilustran dos posturas. El Ministerio de Salud de India construyó una base de datos sobre las posiciones de yoga, para evitar que sean patentadas con fines comerciales. Así buscó dar disponibilidad pública a un conocimiento considerado cultural, evitando su apropiación y con ello el lucro individual. Con ese fin, registró las posturas, asegurando su disponibilidad pública a través de la web. De ese modo apunta a preservar el libre y masificado uso de un instrumento que se entiende como un bien colectivo.

Islandia, en cambio, ha recogido y guardado datos médicos y material genético de su población por más de un siglo, lo que incluye sangre almacenada, muestras de tejidos, antecedentes sobre los fallecidos y detallados registros genealógicos. En diciembre de



1998, el parlamento de ese país aprobó el acceso a su base de datos genética a la compañía CODE, a cambio de lo cual la empresa se encarga de pagar los costos de mantención de la base de datos y se comprometió a entregar gratuitamente a la población islandesa (270 mil habitantes) los medicamentos desarrollados con información proveniente de ella. Sin embargo, existen problemas de cumplimiento de contrato porque CODE ha establecido alianzas estratégicas con otras compañías, donde se complica seguir la traza del uso de los datos, y por lo tanto el pago asociado a ello.

Las redes públicas de salud de nuestro país poseen bases de datos y sistemas de información relacionados con la gestión clínica, gestión financiera y gestión de personal, que tienen un alto valor potencial, lo que exige definiciones de política de acceso a nivel general y particular.

## **VI. La participación de la ciudadanía**

El protagonismo que la Reforma de la Salud Pública en Chile confiere explícitamente a la ciudadanía, tiene razones éticas y político-estratégicas.

Las primeras tienen que ver con la propiedad de las redes públicas de salud que, más allá de sus sistemas administrativos son financiadas en su mayor parte por el erario fiscal. En otras palabras, la construcción y generación de estas redes es posible porque existe y ha existido una ciudadanía, que ha aportado y aporta recursos a la red a través de impuestos, cotizaciones de salud, cotizaciones de accidentes laborales, trabajo de organizaciones sociales, religiosas, fundaciones, y corporaciones, entre otras. Éticamente, entonces, las redes públicas de salud se deben a la ciudadanía que las financia, les da legitimidad y, a través del Estado, les otorga el mandato de encargarse de la salud de los ciudadanos y ciudadanas chilenas usuarios del sistema público.

En términos político-estratégicos, por otra parte, desde 1990 hay un proceso creciente de afianzamiento democrático en Chile, que pasa necesariamente por impulsar la participación social en todos los niveles y ámbitos. Ello por cuanto, se entiende que las construcciones sociales que exige el mundo de hoy son consensuadas colectivamente para tener legitimidad y, por tanto, futuro.

Esto significa, por una parte, que los ciudadanos, en general, se encuentran cada vez más conscientes de sus derechos y demandan al aparato público, así como al privado, explicaciones respecto a su quehacer, y esperan ser tomados en cuenta en la elaboración de políticas. De alguna forma, la ciudadanía percibe que es en ella donde radica el poder para la toma de decisiones, que opta por delegar, pero preservando mecanismos de control respecto a su uso. En este sentido, lo que se desea preservar es que las decisiones que se adoptan en la red de salud sean percibidas y sentidas como legítimas por la población. Pero también, ello significa que los ciudadanos tienen responsabilidades que cumplir, y en términos de su salud, el énfasis en esta materia está puesto en los mecanismos de promoción y prevención impulsados preferentemente por el nivel de atención primaria al que ya nos referiremos más extensamente.

La legitimidad como valor, y aspiración, busca la generación de un consenso manifestado libremente por una comunidad de hombres autónomos y concientes.<sup>96</sup> Ello implica que la búsqueda de legitimidad en la toma de decisión opera a través del diálogo, el debate, la contraposición de ideas y rehuye utilizar como medios la fuerza y la manipulación, elementos que atentan contra la libertad. Así visto, la ciudadanía siente derecho a opinar, proponer, rechazar y evaluar. Por otra parte, cuando la ciudadanía no se siente tomada en cuenta no aprecia las instituciones y organizaciones que están a su servicio. En el caso de las organizaciones del Estado, ello involucra también la valoración que la población manifiesta respecto al Estado en general.

Las redes de salud abordan una de las temáticas más sensibles para la comunidad, como lo muestran distintas encuestas. De hecho, “la salud” es considerada por la población como uno de los principales problemas de los cuales debe ocuparse el gobierno.<sup>97</sup>

En esta perspectiva, las redes de salud deben estar en sintonía con la ciudadanía, y así legitimar su acción, conquistando confianza no sólo en su capacidad técnica, sino que también en su actitud socialmente responsable, lo que pasa por abrir cauces de participación a los usuarios.

Estratégicamente, la importancia de la confianza y la legitimidad que otorga la comunidad a las Redes de Salud incide en cuestiones muy prácticas, como por ejemplo la efectividad de campañas y mensajes de prevención y promoción.

Esta preocupación por la legitimidad no se da sólo en Chile, ni es reciente. La Declaración de Alma Ata de 1978 planteó que “Las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación e implementación de su atención sanitaria”.<sup>98</sup> La Organización Mundial de la Salud plantea que “la participación de la comunidad - incluidas las dimensiones de participación, identificación y empoderamiento- es un componente clave del sistema sanitario”.<sup>99</sup>

La misma OMS plantea como dificultades a la participación, la aplicación de definiciones restringidas de comunidad y participación comunitaria. En el fondo, la participación de la comunidad requiere de una voluntad y de medidas concretas.

En el caso de Chile, la construcción de los objetivos sanitarios reflejó el compromiso con el derecho de la comunidad a participar activamente en la definición de las políticas de salud ya que fueron generados a partir del debate y el consenso con distintos actores del sector de salud y representantes de los ciudadanos y usuarios, a través de las Mesas de Discusión de la Reforma.

En general, la participación ciudadana es importante al momento de decidir las prioridades que asumirá cada red de salud, por ejemplo, pues aún cuando ello se fundamente en criterios técnicos, dichas prioridades afectarán directamente a los ciudadanos que tienen derecho a informarse y opinar al respecto.

En efecto, las priorizaciones no involucran sólo juicios técnicos, sino que también juicios de valor. Porque, por ejemplo, dotar de audífonos a adultos mayores auditivamente

96 Véase Norberto Bobbio “Diccionario de política”. Editorial siglo XXI

97 Las encuestas del Centro de Estudios Públicos aplicadas en septiembre 2005, junio/julio 2005 y diciembre 2004 indican que Salud se encuentra dentro de las tres áreas a las cuales el gobierno debe dar mayor importancia, de acuerdo a los encuestados.

98 Declaración de Alma Ata. “Salud para todos”.

<http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedades/declaracionalmaata.pdf>

99 Informe sobre la salud en el mundo.2003, página 140. Organización Mundial de Salud.

discapacitados es una acción que no evita riesgos vitales, por lo que podría tener una baja prioridad frente a otro uso posible de los recursos. Pero si se estima que ello permitirá reintegrar a la sociedad a esas personas, restituyéndoles la capacidad de diálogo, la valoración puede ser muy distinta. Y en eso, es importante tener todas las visiones.

La participación ciudadana así vista es más que el reclamo o sugerencia es la proposición, control, y esencialmente es ver a los ciudadanos y organizaciones de la sociedad civil como sujetos y actores de la salud.

En términos prácticos, la participación ciudadana puede colaborar en la definición de presupuestos, parámetros de calidad, prestar asistencia, gestionar recursos para las redes de salud. En el siguiente cuadro se presentan ejemplos de los roles que adoptan organizaciones de la sociedad civil en los sistemas de salud.

<b>Roles de la sociedad civil en los sistemas de salud</b>	
<b>Función en el sistema de salud</b>	<b>Ejemplo de rol de organizaciones de la sociedad civil</b>
<b>Servicio de Salud</b>	Presta servicios; Facilita la interacción entre la comunidad y los servicios; distribuye recursos sanitarios; refuerza la moral y acompaña a los agentes de salud
<b>Promoción de la salud e intercambio de información</b>	Obtiene y difunde información sanitaria; crea condiciones para elecciones claras por parte del público en materia de opciones de salud; ayuda al ámbito de la salud; moviliza recursos para la investigación y el uso de esta investigación en salud
<b>Elaboración de políticas</b>	Defensa de interés público y comunitario en la elección de orientaciones; promoción de políticas tendientes a la equidad y hacia las personas pobres; negociación de normas y de aproximaciones en materia de salud pública; mejoramiento del sustento político
<b>Movilización y asignación de recursos</b>	Financiamiento de servicios de salud; incorporación de preferencias de la comunidad en la asignación de recursos; movilización y organización de cofinanciamiento de los servicios para la comunidad; incorporación de criterios de equidad y priorización de necesidades de personas pobres en la asignación de recursos; puesta en práctica de mecanismos de transparencia en la recolección, asignación y gestión de recursos
<b>Control de calidad en cuidados y en la reactividad</b>	Control de la reactividad y calidad de los servicios de salud; posibilitar el que grupos marginales tomen la palabra promoción de la equidad; defensa de los derechos de los pacientes en el dominio de la calidad del cuidado; canalización y tratamiento de quejas de los pacientes

Fuente: Adaptado de "Alliances stratégiques: le rôle de la société civile dans le domaine de la santé". Décembre 2001. Initiative société civile. Relations extérieures et organes directeurs. Organisation Mondiale de la Santé. document de synthèse N°1 CSI/2001/ DP1

Un punto práctico importante se refiere a las metodologías que se adopten para incorporar y fomentar la participación ciudadana. Dentro de los aspectos metodológicos se encuentran:

- Objetivos de la participación: consultivo, resolutivo, informativo
- Selección de temas a tratar participativamente
- Selección de participantes y procedimiento de convocatoria
- Generación de documentación a ser entregada a los participantes
- Generación de espacios de discusión y debate
- Mecanismos de generación de conclusiones

### **La Comunidad, protagonista de la red**

En el centro de las redes públicas de atención en salud están las personas y sus necesidades, expresadas actualmente en los objetivos sanitarios de la década,<sup>100</sup> y es hacia ello que están enfocadas las funciones de los gestores de redes.

Es cierto que en los hechos la salud pública chilena siempre ha actuado en esa dirección. Sin embargo, la diferencia que introduce el espíritu y la letra de la Reforma, es que la comunidad adquiere un protagonismo sancionado legalmente en esta materia. Dicho protagonismo significa asumir por una parte, un rol activo y responsable de las personas en el autocuidado y mantención de su salud, abandonando la actitud más bien pasiva y dependiente que caracterizaba a la mayor parte de los usuarios dentro del antiguo modelo de atención, el que enfatizaba lo curativo, poniendo en un lugar secundario la prevención y promoción en salud. Por otra parte, les da la posibilidad de participar en la definición de políticas a través de los Consejos Asesores de la Autoridad Sanitaria.

En el ámbito de la gestión, la comunidad obtiene un espacio concreto de participación a través de dos instancias en forma explícita y de una instancia en forma potencial.

La primera instancia donde la comunidad tiene participación son los Consejos Consultivos de los Usuarios que funcionan en todos los hospitales de autogestión en red. Éstos están integrados por cinco representantes de la comunidad vecinal y dos representantes de los trabajadores de cada establecimiento. Entre sus funciones está asesorar al director del establecimiento en la fijación de las políticas de éste y en la definición y evaluación de los planes institucionales.<sup>101</sup>

100 Objetivos sanitarios para la década 2000-2010, Boletín el Vigía, Volumen 5, Nº 15:  
<http://epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf>

101 Ver Ley Nº 19.937, artículo 25 D.

Dada la relevancia del papel de este Consejo, será una instancia ideal para fortalecer los vínculos de los hospitales autogestionados, en tanto nodos de la red, tanto hacia el exterior (comunidad) como hacia el interior (personal). Por lo tanto, es vital que desde las direcciones de los establecimientos y desde los gestores de red, así como de los representantes de la comunidad y de los trabajadores, haya una actitud positiva y una voluntad de entendimiento que permita desarrollar armónicamente una labor conjunta.

Cabe señalar que la Reforma a través de la Ley de Autoridad Sanitaria, consagra la participación de los usuarios en instancias formales generadas en los establecimientos de la Red desde el año 1995, las que han recibido diferentes denominaciones: Consejos de Desarrollo, Comités Locales de Salud, Consejos Consultivos, entre otras. Estas instancias han ejercido funciones de evaluación de la gestión de los establecimientos, diagnósticos participativos de la situación de salud de la población, apoyo a la movilización de recursos y propuestas de líneas de desarrollo institucional.

Al respecto, la única receta para lograr un buen engranaje y obtener buenos resultados, es lo que ya remarcaron otros capítulos: la búsqueda de lenguajes comunes y la apertura al diálogo. Otra característica que ayuda en estos casos (y en todos aquellos que tienen que ver con el entendimiento entre las personas) es la empatía, definida como la capacidad de ponerse en el lugar del otro, para comprender sus motivaciones, sentimientos, y, en general, todo aquello que lo impulsa a actuar de un modo determinado o a decir ciertas cosas.

La segunda instancia de participación de la sociedad civil son los Consejos Asesores de las Secretarías Regionales Ministeriales, que tienen un carácter consultivo. Están integrados por personas representativas de distintos ámbitos, lo que incluye estamentos vecinales.<sup>102</sup>

Asimismo, en los Consejos de Integración de las Redes Asistenciales, si bien la ley no ordena que participen representantes de la comunidad, tampoco lo impide, por lo que, eventualmente, así podría ocurrir en la medida en que la relación de trabajo común con los usuarios se vaya fortaleciendo.<sup>103</sup>

### **Derechos y deberes de los pacientes**

En la línea señalada respecto del protagonismo de los usuarios, se da otro paso importante a través del proyecto de ley aún pendiente en el parlamento sobre derechos y deberes de los pacientes. Éste busca ser un "catálogo" o "carta" de carácter genérico, que explicita los derechos específicos de las personas cuando solicitan atención o ingresan con carácter de pacientes a las instituciones públicas o privadas de salud, y que regula la relación entre las personas y los prestadores de salud. Asimismo, constituye un derecho material de los estándares de calidad mínimos.

102 Ver Ley N° 19.937, Artículo 14 E.

103 Ver Ley N° 19.937, Artículo 21 A.

Esto es relevante, por cuanto regula materias actualmente no explicitadas, que constituirán un aporte importante a la mirada que debería tenerse en adelante en torno a la gestión en salud. Ello por cuanto fija normas claras respecto de temas como el trato adecuado a los pacientes y el derecho a la privacidad de la información clínica sobre los mismos, que actualmente no son exigibles desde el punto de vista legal y administrativo.

Entre los derechos, el proyecto de ley busca garantizar:

- El libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de aquellas destinadas a su rehabilitación, prohibiendo discriminaciones arbitrarias de ningún tipo.
- Un trato digno y respetuoso que el equipo de salud debe prodigar a las personas que decidan atenderse con ellos; lo que involucra, como mínimo, el uso del lenguaje adecuado, la adopción de una actitud cordial y amable, y el absoluto respeto de la privacidad y pudor de las personas.
- El derecho a recibir la compañía de parientes y amigos cercanos y de recibir asistencia religiosa o espiritual.
- El derecho a formular consultas, reclamos y sugerencias e forma verbal o escrita.
- El derecho a la información que las personas pueden solicitar a los prestadores de salud y el correspondiente deber de éstos de proporcionarla, respecto de materias administrativas como las acciones o prestaciones de salud que ofrecen, los mecanismos a través de los cuales se puede acceder a ellas, y las condiciones exigidas para la obtención de atención de salud. Esta información deberá otorgarse en forma adecuada, oportuna y comprensible, y con estricta consideración de sus características personales, respecto de su condición de salud, los tratamientos posibles, su evolución y pronóstico. Las personas podrán ser informadas personalmente o a través de familiares debidamente autorizados por el interesado o representantes legales, así como de manifestar, por escrito, la voluntad de no ser informados.

El proyecto de ley también apunta a regular el consentimiento informado, institución en virtud de la cual las personas tienen el derecho, una vez que se les haya entregado información completa al respecto por parte de los profesionales tratantes, de aceptar o rechazar los procedimientos invasivos, de cirugía mayor o compleja u otros que determine el Ministerio de Salud, que le hayan sido propuestos o sugeridos por los profesionales tratantes.

Esto, sin embargo, contempla tres excepciones.

- La primera opera, en el caso que, la no aplicación de procedimientos invasivos o no realización de la intervención propuesta, pueda implicar la muerte del paciente y siempre que no exista otro procedimiento alternativo.
- La segunda excepción se da para el caso, en que la no aplicación del procedimiento respectivo o no realización de la intervención propuesta suponga un riesgo para la salud pública, de conformidad a lo dispuesto en las normas del Código Sanitario.

En tal sentido, la iniciativa establece que el paciente quedará sujeto a la decisión que adopten los profesionales tratantes debido al interés superior que se trata de proteger y garantizar.

- La tercera excepción existe en caso de tratamientos de urgencia o emergencia, esto es, cuando la condición de salud o cuadro clínico del paciente implique un riesgo vital y/o una secuela funcional grave, de no mediar atención médica inmediata e impostergable.

El proyecto también define la situación de los pacientes terminales y en estado de muerte y delimita la responsabilidad médica frente a las decisiones de los usuarios. Igualmente regula el derecho a la privacidad de la ficha clínica.

En relación a los deberes de las personas, el proyecto de ley señala los siguientes:

- Informarse acerca de los riesgos y alternativas de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se le indiquen o apliquen, así como solicitar la debida atención de salud para sí y sus familiares.
- Cumplir las prescripciones generales de carácter sanitario, comunes a toda la población, así como las indicaciones del equipo médico respectivo, si hubiere aceptado someterse a un tratamiento o procedimiento específico.
- Informarse acerca de los procedimientos de consulta y reclamación, que los prestadores de salud respectivos hubieren habilitado al efecto.
- Contribuir a la mantención de los establecimientos de salud, a través del cuidado de sus instalaciones y el uso responsable de sus servicios y prestaciones.

Como se ve, los deberes reseñados tienen implícito un importante cambio cultural y legal para la ciudadanía. Porque si este proyecto se convierte en ley, las personas comienzan a ser plenamente “adultas” en lo que se refiere a la responsabilidad por su salud. Esto por dos vías: por una parte, en los usuarios recae el derecho a decidir mediante el consentimiento informado. Y por otra, tal vez la más importante, se les imponen deberes concretos a cumplir, lo que puede ser incentivado, e incluso exigido por el personal de salud.

### **Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS)**

Las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias constituyen el primer punto de contacto de los usuarios con la red asistencial y la primera oportunidad de ejercicio ciudadano para la población. Permiten recoger sistemáticamente la opinión de los usuarios sobre la calidad de los servicios y establecer áreas críticas en torno a las cuales definir estrategias y planes de mejora de la gestión.

En un contexto de modernización de la gestión, el sector salud espera transitar hacia un Modelo Integral de Atención a Usuarios, es decir, la coordinación<sup>104</sup> de todos los espacios de atención de solicitudes ciudadanas (OIRS, Buzones Ciudadanos, Presenciales y

---

104 Guía Metodológica Sistema Oficina de Información, Reclamos y Sugerencias, 2004SEGEGOB



Virtuales, Call Centers, Oficinas Móviles, Centros de Documentación, Sitios en Internet u otros), mediante la agilización y adecuación de las metodologías de atención, los sistemas de derivación, los mecanismos de registro y los planes de difusión, sobre la base de una perspectiva comunicacional participativa y no discriminatoria entre el sector público de salud y los Ciudadanos.

El Modelo Integral de Atención a Usuarios, propuesto por la Secretaría General de Gobierno, tiene como fin que la OIRS se coordine con todos los espacios de comunicación de la Institución para trabajar una metodología común de atención, derivación y registro. Mirando más a largo plazo, se pretende que los usuarios sean atendidos de la misma manera en cualquier repartición pública, mostrando una unidad en la forma en que el Gobierno comunica sus servicios, programas sociales, beneficios y prioridades.

Las acciones específicas son:

- Coordinación comunicacional
- Canalización de solicitudes ciudadanas
- Confeccionar un sistema de registro
- Establecer procedimientos formales para la derivación de las solicitudes
- Establecer una metodología de atención
- Realizar planes de difusión
- Apoyar a la gestión institucional para la rectificación de procesos
- Aplicar instrumentos para medir satisfacción del usuario
- Elaborar una sistematización del trabajo
- Incorporar el perfil del usuario en la evaluación
- Socializar experiencias

El propósito del Modelo Integral de Atención de Usuarios es contar con espacios de atención ciudadana que faciliten la interacción con las personas mediante instrumentos comunes (sistemas de registro, metodología de atención, procedimientos de derivación y planes de difusión), que respondan a una misma lógica comunicacional y representen una forma de atención propia y distintiva, transparente, participativa y no discriminatoria.

El sector salud ha elaborado una propuesta que sirve de base para un Modelo Integral de Atención a Usuarios para el Sector Salud que involucra al conjunto de componentes que constituyen el Sistema de Salud: Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública, Superintendencia de Salud, Red Asistencial y Central de Abastecimientos.

Este modelo será implementado y validado durante el año 2005 y se incorporará en la cartera de proyectos de la Agenda Digital en fase de prueba para realizar expansión durante el año 2006. Se espera contribuir a la transparencia, eficiencia y eficacia con la instalación de soportes tecnológicos compatibles en los distintos componentes del sector salud.

El modelo propuesto, pone énfasis en la coordinación y articulación de los procesos de gestión de los reclamos y solicitudes ciudadanas existentes en el Sistema de Salud, consistencia interna en los procedimientos, homologación de lenguajes, registros y tipificación de las solicitudes ciudadanas, ya sea que cuenten con soporte tecnológico o se sustenten en registro y procesamiento manual de la información con vistas a la instalación de una ventanilla única para la captación de las solicitudes, reclamos y sugerencias de los usuarios.

La gestión de solicitudes ciudadanas y en particular la de los reclamos, adquiere particular importancia en el contexto de la aplicación de Garantías Explícitas en Salud. Se trata de establecer mecanismos de mediación, negociación y prevención de la judicialización de las demandas a la vez que se establecen sistemas de acogida y apoyo a la satisfacción de los usuarios.

### **Ámbitos de competencia de los componentes del sector salud en materias de solicitudes ciudadanas**

Es necesario definir claramente los ámbitos de competencia de cada uno de los componentes del sector salud con el fin de orientar adecuadamente a los usuarios como también apoyar el sistema de derivación y seguimiento de sus reclamos y sugerencias.

El contar con un soporte tecnológico constituye una gran ayuda para una buena gestión, procesamiento de la información y canalización de la información como insumo para el proceso de toma de decisiones. Se transforma, además, en un mecanismo de participación efectiva y apoya la transparencia de la gestión pública.

El proceso de Reforma de Salud otorga nuevas competencias a los distintos componentes del sector por lo que es necesario actualizar y considerar en la gestión de las solicitudes ciudadanas los siguientes aspectos:

- normas que los rigen
- funciones
- productos estratégicos
- tramites principales
- usuarios
- ubicación y contacto

El modelo biomédico antes vigente, se estructura jerárquicamente por niveles de conocimiento: lo encabeza el médico y el usuario queda en último lugar. En cambio, en el modelo biosicosocial se considera que hay tipos de saber compartidos y complementarios entre todo el equipo de salud y el conocimiento que la familia tiene. Eso genera un cambio en la interrelación: de una jerárquica a una democrática, participativa, respetuosa y donde el equipo de salud tiene que aprender elementos de comunicación, liderazgo, participación

y familia. Asimismo, debe entender cómo se relacionan e influyen los mecanismos de intervención de la familia en el proceso salud-enfermedad para, desde esa mirada, conversar con la gente.

Hay un cambio que pasa por la teoría, el análisis y la comprensión mental de las situaciones, que tiene que impregnar hasta la estructura, la infraestructura y la organización de los recursos, para que esto no se transforme en un discurso más sino que en algo real que permita una interrelación más democrática con la comunidad.

Otro cambio fundamental es el de la promoción y la prevención. Desde un modelo curativo como es el biomédico, pasa a enfatizarse lo preventivo y promocional. Desde la teoría se dice que el equipo tiene que aprender a utilizar la oportunidad, lo que significa que cada contacto con los usuarios debe aprovecharse en algún esfuerzo de prevención.

Asimismo, el modelo de salud familiar utiliza una estrategia que se llama población a cargo. Eso significa que una gran población se acota a un conglomerado más pequeño del que se hace cargo un equipo de salud. Así es posible conocer y definir más sus factores de riesgo, por una parte y sus factores protectores, por otra. En ello intervienen las otras redes que son tanto formales como informales, y que coadyuvan en las acciones de salud. Por ejemplo, cuando una persona sola o que está a cargo de otros debe hacer reposo domiciliario son sus redes de apoyo (familia, vecinos) quienes pueden responsabilizarse de que ello se concrete.

Asimismo la promoción excede al sector salud, aunque el liderazgo resida en éste, porque en ella inciden factores como la educación, el trabajo, la vivienda, y el factor socioeconómico de las personas, por ejemplo. Entonces, si las redes de salud miran todas las condicionantes, harán esfuerzos por luchar, junto a la comunidad, en pos de mejorar tales factores, estableciendo redes amplias y variadas en torno a los distintos objetivos que apunten al mejoramiento de la salud de las personas, en las que pueden participar organizaciones no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, organizaciones gremiales y otras que tengan intereses coincidentes.

## BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

### Documentos jurídicos

- ◆ Mensaje de proyectos de ley que modifica:
  - DL 2.763.
  - Ley 18.933.
  - Mensaje N° 81-347 del 25 de junio de 2002 (modifica DL 2.763 de 1979).
- ◆ Decretos:
  - 369, Ministerio de Salud. Establece régimen de prestaciones de salud.
  - 161 de 1982, Ministerio de Salud. Establece Reglamento de hospitales y clínicas privados.
  - 136, de 2004, Ministerio de Salud. Reglamento orgánico del Ministerio de Salud.
  - 140 de 2004, Ministerio de Salud Reglamento Orgánico de Servicios de Salud.
  - 181 de 2004 Ministerio de Salud. Determina aporte estatal a entidades administradoras de salud municipal.
  - 170 de 2004, Ministerio de Salud. Establece Garantías explícitas en salud del régimen general de garantías en salud.
  - 2.296 de 1995, Ministerio de Salud. Referido al financiamiento y la administración municipal.
  - 1.889 de 1995, Ministerio de Salud. Referido a Asignación de desempeño difícil para funcionarios.
- ◆ Decretos con Fuerza de Ley:
  - N° 1 Texto refundido, coordinado y sistematizado de Ley 15.076 de estatuto para los médicos-cirujanos, farmacéuticos o químicos farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas.
  - N° 36 1980 del Ministerio de Salud. Establece normas que regulan los convenios que celebren los Servicios de Salud con otras entidades, relativos a acciones de salud que a dichos Servicios corresponde ejecutar.
  - N° 725 del Ministerio de Salud. Código Sanitario.
  - N° 29 Ministerio Hacienda. Texto refundido, coordinado y sistematizado de Ley 18.834 sobre Estatuto Administrativo.
  - N° 1 Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Texto refundido, coordinado y sistematizado de Ley 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado.

- ◆ Decreto Ley:
  - 1.263. Decreto Ley Orgánico de Administración Financiera del Estado.
  - 2.763. Reorganiza el Ministerio de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central Nacional de Abastecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
  - 249. Fija escala única de sueldos.
- ◆ Ley:
  - 19.553 Asignación de modernización. No se utiliza para trabajadores regidos por Ley 19.490, ni para aquellos regidos por Ley 15.076.
  - 18.834. Estatuto Administrativo.
  - 19.378. Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud.
  - 18.469. Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud.
  - 16.744. Establece normas sobre accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.
  - 19.490. Establece asignación de estímulo por experiencia y desempeño funcionario.
  - 19.414 Otorga facultades para la creación de Servicio de Salud Arauco y Araucanía Norte.
  - 19.664 Ministerio de Salud. Normas especiales para profesionales funcionarios que desempeñan 11,22, 33 y 44 horas semanales de Ley 15.076.
  - 18.993. Crea la Superintendencia de Salud Previsional, dicta normas para el otorgamiento de prestaciones por ISAPRE y deroga el decreto con fuerza de ley N° 3 de salud de 1981.
  - 19.888 Establece financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del gobierno.
  - 19.882. Nuevo Trato Laboral. - Título VI. Alta Dirección Pública.
  - 19.937. Modifica el D. L. N° 2.763 de 1979 con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana.
  - 19.966. Establece un régimen de garantías en salud.
  - 20.015. Modifica Ley 18.993
- ◆ Reglamentos
  - Concurso de estatuto administrativo. Regirá los concursos que se desarrollen en los ministerios y servicios afectos a la ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo.
  - Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

## Textos publicados en formato impreso

*Atención pediátrica y sistemas de salud en Chile.* Doctor Jorge Jiménez de la Jara. Revista Chilena de Pediatría, septiembre 2000, vol.71, no.5, p.377-379.

*SALUD Y ESTADO EN CHILE.* Organización social de la salud pública período del Servicio Nacional de Salud. Horwitz, Nina et al. Serie Publicaciones Científicas Representación OPS – Chile. 1995

La educación para la salud del siglo XXI. Comunicación y salud. Coordinadora-editora María Isabel Serrano. Ediciones Díaz de Santos S.A., Madrid, España, 1998. ISBN 84-7978-327-3

*Redes. El lenguaje de los vínculos.* Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Compiladoras Elina Dabas y Denise Najmanovich Paidós, primera edición 1995, impreso en Argentina ISBN 950-12-7025-4

*Gobernanza y participación ciudadana en la Reforma de salud en Chile.* Carmen Celedón y Renato Orellana, marzo de 2003. Serie Estudios Socio/económicos N° 17, Cieplan ISSN 01717-5264

*Extensión de la protección social en salud. Algunos elementos para el debate.* Carmen Celedón y Alejandra Miranda, noviembre 2004. Serie Estudios Socio/económicos N° 24, Cieplan ISSN 01717-5264

*Género, equidad y Reforma de la salud en Chile.* Voces y propuestas desde la sociedad civil. Cuadernos 1 a 7. OPS/OMS Oficina de Representación en Chile, abril 2002

*Cómo organizar con éxito los servicios sociales.* Banco Interamericano del Desarrollo. Serie de Obras de Economía Contemporánea. Fondo de Cultura Económica, primera edición, 1997. ISBN 956-7083-76-2

*Reforma de la salud en Chile.* Ministerio de Salud, 2004

*La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990.* Reformas de primera generación. Carolina Teitelboin Henrion, Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, Coordinación de Extensión Universitaria, México, primera edición, 2003. ISBN 970-31-0064-3

*El hospital público en Chile. Gobierno de Chile,* Ministerio de Salud, Editor: doctor Carlos Montoya Aguilar con la colaboración de Ignacio Astorga Jorquera. Tomo 1, diciembre de 2002; Tomo 2, octubre de 2003. Inscripción en Registro de Propiedad Intelectual del tomo 2: N° 135 711

*Protección de datos de salud. Criterios y plan de seguridad.* Pau López, Francesc Moya, Santiago Marimón, Ignasi Planas, editores Ediciones Díaz de Santos S. A. Madrid, España, 2001 ISBN 84-7978-491-1

*La fórmula sanitaria. Claves para una nueva gestión.* Ignacio Katz Eudeba, Universidad de Buenos Aires, primera edición 2003, Buenos Aires. ISBN 950-23-1263-5

*Síntomas del sistema de salud chileno, su diagnóstico y tratamiento.* Editor Rafael Caviedes. Asociación Gremial de Isapres, A.G. y CIEDESS, Santiago de Chile, agosto 2000

*Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud. Los casos de Estados Unidos – Canadá – Argentina – Chile – Colombia, vol 1 y 2.* Daniel Titelman, Andras Uthoff, compiladores Fondo de Cultura Económica, Comisión Económica Para América Latina y El Caribe, primera edición, Chile, 2000 ISBN 956-289-016-3

*Auditoría médica. Para la garantía de calidad en salud.* Braulio Mejía García, Ecoe ediciones, Colección Textos Universitarios, Serie Ciencias Médicas. Tercera edición, Santa Fe de Bogotá, Colombia, marzo de 2000. ISBN 958-648-226-X.

*Salud y Municipio. Aporte desde la investigación.* Editores: Nora Bertoni, Álvaro Téllez, Giorgio Solimano, Corporación de Salud y Políticas Sociales, CORSAPS, 1995, Santiago, Chile.

ISBN 956-7145-04-0.

*Medicina, ética y Reformas a la salud. Hacia un nuevo contrato social con la profesión médica.* Ramón Abel Castaño Yepes. Ediciones Ecoe, año 2000, segunda edición, Colombia, Colección Textos Universitarios, Área medicina. ISBN 958-648-243-X.

*Serie HSP – UNI/ Manuales Operativos PALTEX TOMO I.*

*Prólogo: Dr. José María Paganini, Dr. Marcos Misil,*

*Presentación: Humberto de Moraes Novaes,*

*Manual I: Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de salud. Paulo Roberto Motta.*

*Manual II: Conceptos sobre programación en los sistemas locales de salud. Néstor A. Perrone. Con la colaboración de Elsa M. Moreno, Olga Niremberg.*

*Manual III: Recursos Humanos en Salud. Ana María Malik, Pedro Brito, Lucila Pedroso de la Cruz, Neide Michel Abbud.*

*Manual IV : Administración de los recursos materiales en Salud. Gonzalo Vecina Neto. Walter Cintra Ferreira Jr.*

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Fundación W.K. Kellogg. 1996.

*La calidad de vida.* Martha C. Nussbaum y Amartya Sen compiladores. Economía Contemporánea, primera reimpresión, 1998, Fondo de Cultura Económica. ISBN 0-19-828395-4

*Introducción al pensamiento complejo.* Edgard Morin, editorial Gedisa colección Hombre y Sociedad serie Cladema, segunda reimpresión marzo de 1998, Barcelona. ISBN. 84-7432-518-8.

*Filosofía del Derecho.* Norbert Brieskorn. Curso fundamental de filosofía 14. Editorial Herder. Barcelona.1993. ISBN 84-254-1816.

*La Salud en Chile.* Evolución y perspectivas. Editor: Ernesto Miranda. Centro de Estudios Públicos, octubre 1994. ISBN 956-7015-15-5.

*El árbol del conocimiento.* Humberto Maturana, Francisco Varela. Editorial Universitaria, colección Fuera de Serie. 2º edición, julio 1986. ISBN 84-8340-119-3.

*De Consultorio a Centro de Salud. Marco Conceptual.* Ministerio de Salud. Santiago, junio 1997.

*El liderazgo es un arte. Hacia una organización más humana, participativa y creativa.* Max de Pree. Javier Vergara Editor. 1993. ISBN 950-15-1330-0.



*Conocimiento local. Ensayo sobre la Interpretación de las culturas.* Clifford Gertz. Paidós básica. 1º edición, 1994. ISBN: 84-493-0026-6.

*El pensamiento de Prigogine. La belleza del caos.* Arnaud Spire. Editorial Andrés Bello. Segunda edición, 2000. ISBN: 84-95407-51-5.

*El Estado lean. Reingeniería total de la administración pública. Hacia una administración pública empresarial y atlética.*, Reinhard Friedmann. Fundación Konrad Adenauer, Santiago de Chile, 2004.

*Gestión y Organización de Empresas.* Reinhard Friedmann. RIL Editores, Santiago de Chile, 2004, p. 263 a 265.

*Estructura de las Revoluciones Científicas.* Thomas S. Kuhn. Fondo de Cultura Económica.

*El lenguaje de los vínculos. Hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil.* Dabas, E. y Najmanovich, D: Redes. Paidós, 1995.

*Más allá de los límites del crecimiento* D Meadows Madrid, Aguilar, 1993.

*El surgimiento de la probabilidad,* Ian Hawking 1995 Gedisa Barcelona.

*Redes y modelización dinámica de la gestión.* Doctora Denise Najmanovich.

*El nuevo modelo integral de atención (mayo de 2001).* Minsal.

*Reforma para Mejorar la salud. Objetivos sanitarios.* Minsal.

*Redes en salud, noviembre de 1999.* Elina Dabas y Néstor Perrone.

*Redes sociales, del problema de la violencia a un sistema de convivencia.* Elina Dabas.

*Marco conceptual del desarrollo local,* 1996. Elina Dabas y Carina Müller.

*Redes sociales: niveles de abordaje y organización en red,* febrero 2002 Elina D.

*Principios orientadores para favorecer la integración del ingresante al sistema de salud,* julio 2002. Elina Dabas et al.

*Modelo integral de atención en salud.* Minsal.

### **Archivo de documentos de la Comisión de la Reforma de la Salud**

Archivo de documentos de la Comisión de la Reforma de la Salud. Informe final. Misión Banco Mundial, sector salud. Chile, mayo-5-16, 2003. Mayo 31, 2003.

La Reforma en el ámbito de los prestadores.

Construyendo una política pública en salud: plan Auge. La Transformación del sistema de salud chileno.



SERIE CUADERNOS  
DE REDES

Nº8

# LA RED PÚBLICA DE SALUD

FUNDAMENTOS,  
CONCEPTOS Y  
EXPERIENCIAS



SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES