



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud: Planificación, Implementación y Evaluación



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

**ORIENTACIONES PARA EL PROCESO DE DISEÑO
DE LA RED ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD:
PLANIFICACIÓN, IMPLEMENTACIÓN Y EVALUACIÓN**

Documento Metodológico para el Diseño de Redes Asistenciales y
Módulo de Gestión de Red para Aprobación de Estudios de Proyectos de Inversión

Junio 2012

Este documento fue elaborado por el Departamento de Gestión de Servicios de Salud de la División de Gestión de la Red Asistencial de la Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

El equipo redactor estuvo conformado por el Dr. Héctor Fuenzalida Cruz, la Srta. Sandra Caucamán Castillo, la Sra. María Graciela Muñoz Sanchez y la Sra. Gina Jara Diaz.

Luego se realizó una difusión y un proceso de validación, a través de la incorporación de aportes desde los Servicios de Salud y de las distintas dependencias de la Subsecretarías de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud.

Agradecimientos Especiales por los aportes realizados en el proceso de validación de este documento a:

Servicios de Salud	Ministerio de Salud
Servicio de Salud Arica	División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales
Servicio de Salud Antofagasta	
Servicio de Salud Atacama	División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales
Servicio de Salud Coquimbo	
Servicio de Salud Viña del Mar	División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Subsecretaría de Redes Asistenciales
Servicio de Salud Aconcagua	
Servicio de Salud Metropolitano Norte	División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública
Servicio de Salud Metropolitano Sur	
Servicio de Salud Metropolitano Central	División de Planificación Sanitaria. Subsecretaría de Salud Pública
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	Departamento de Transformación Hospitalaria. División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales
Servicio de Salud Maule	
Servicio de Salud Ñuble	Departamento AUGE de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales
Servicio de Salud Concepción	
Servicio de Salud Talcahuano	Departamento de Planificación y Gestión de Inversiones. División de Inversiones, Subsecretaría de Redes Asistenciales
Servicio de Salud Araucanía Norte	
Servicio de Salud Araucanía Sur	
Servicio de Salud Valdivia	
Servicio de Salud Chiloé	
Servicio de Salud Aysén	

El Equipo redactor de la Guía de Aplicación, que se incorporó en el tercer capítulo de este documento, estuvo conformado por el Dr. Héctor Fuenzalida Cruz, la Sra. Ana María Merello Molina, la Sra. Patricia Jiménez Polti, la Srta. Sandra Caucamán Castillo y la Sra. Gina Jara Díaz.

Este documento fue actualizado en 2012, de acuerdo a los avances y lineamientos desarrollados y con el objetivo de utilizar esta metodología de Diseño de Redes Asistenciales, para la elaboración del Módulo de Gestión de Red, para aprobación de Estudios de Proyectos de Inversión.

PRESENTACIÓN

En el marco del rol regulador del Ministerio de Salud y la función de la Subsecretaría de Redes Asistenciales de articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema, se ha elaborado este documento, como marco metodológico común, para realizar el Diseño de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud y asimismo utilizar este trabajo como Módulo de Gestión de Red, para la aprobación de Estudios Inversionales.

Reconociendo la importancia de desplegar los lineamientos estratégicos centrales, en la Gestión de los Servicios de Salud y acercar la formulación e implementación de políticas públicas a las Redes Asistenciales, se espera que los Servicios de Salud, realicen un análisis de sus necesidades, optimicen la utilización de sus recursos y diseñen una Red Asistencial que priorice el impacto sanitario y la satisfacción usuaria.

En este sentido, el presente documento, entrega orientaciones para Diseñar la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, a través del desarrollo de las etapas de Planificación, Implementación y Evaluación, tomando como unidad de análisis el Servicio de Salud, ya que considerando la articulación de sus Establecimientos o componentes, es una Red en sí misma. Es importante considerar que la conformación de las Redes Asistenciales Macrorregionales, constituyen una alianza estratégica, que en su conjunto, también son una Red con demanda agregada y cartera de servicios.

En la primera parte, se indican las orientaciones conceptuales que otorgan los lineamientos estratégicos, como marco de acción, en el Diseño/Rediseño de Red del Servicio de Salud. En la segunda parte, se señalan los elementos generales a considerar para el desarrollo de las etapas de Planificación, Implementación y Evaluación dentro del proceso de Diseño/Rediseño y en la tercera parte se presenta una guía para conducir el proceso de aplicación de las etapas antes mencionadas.

Aunque las etapas nombradas anteriormente, se presentan bajo un esquema secuencial, es importante tener presente que su desarrollo, debe considerar en cada una de sus partes, los atributos o características señaladas en la parte de implementación de este documento, es decir, requieren desarrollarse con procesos participativos, gestionando los cambios, utilizando mecanismos de articulación, estableciendo lenguajes comunes, validando en conjunto los acuerdos y determinando los sistemas de información.

Este proceso de Diseño/Rediseño, se encuentra en permanente análisis, a partir de su implementación y de la información derivada de la evaluación, conformando un proceso en constante revisión.

En todas estas dimensiones de gestión de la Red del Servicio, debe estar presente la satisfacción de necesidades del usuario, a través del mejoramiento de los Procesos Asistenciales Claves de Atención Primaria, Ambulatorios de Especialidades, de Hospitalización, Intervenciones Quirúrgicas y de Urgencia, además de la articulación entre ellos.

La elaboración de estas orientaciones está basada en documentos legales, experiencias y aportes de diferentes equipos directivos y profesionales de los Servicios de Salud, Establecimientos Experimentales y de las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales.

DR. LUIS CASTILLO FUENZALIDA
Subsecretario de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud

Índice

INTRODUCCIÓN	7
Objetivo General	8
Objetivos Específicos	8
I. MARCO CONCEPTUAL	9
II. PROCESO DE DISEÑO/REDISEÑO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD	13
2.1 PLANIFICACIÓN DE LA RED	14
2.1.1 Caracterización de la Demanda	14
2.1.2 Identificación de la Oferta	16
2.1.3 Diseño/Rediseño de la Red	18
2.2 IMPLEMENTACIÓN DE LA RED	20
2.2.1 Proceso Participativo	20
2.2.2 Gestionar los Cambios	21
2.2.3 Proceso de Articulación	22
2.2.4 Lenguaje Común de Acuerdos	22
2.2.5 Validación Conjunta	23
2.2.6 Sistema de Información	23
2.3 EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA RED	23
2.3.1 Ámbitos Relevantes de Evaluación	24
2.3.2 Enfoque Integral de Evaluación	26
III. GUÍA DE APLICACIÓN DEL PROCESO DE DISEÑO/REDISEÑO DE LA RED ASISTENCIAL	29
3.1 CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA	30
3.2 IDENTIFICACIÓN Y OPTIMIZACIÓN DE LA OFERTA	32
3.2.1 Identificación de Oferta	32
3.2.2 Análisis de la Oferta: Optimización	35
3.2.3 Cartera de Servicios	36
3.3 MAPA DE DERIVACIÓN DEL SERVICIO DE SALUD	37
3.4 IMPLEMENTACIÓN DE LA RED ASISTENCIAL DISEÑADA O REDISEÑADA	38
3.5 EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA RED	39

ANEXOS

ANEXO 1: Glosario	43
ANEXO 2: Listado de Especialidades Sub-Especialidades Médicas y Odontológicas	45
ANEXO 3: Listado de Procedimientos	46
ANEXO 4 : Listado de Intervenciones Quirúrgicas	55
ANEXO 5: Cartera de Servicios de Establecimientos de Atención Primaria	56
ANEXO 6: Cartera de Servicio para Establecimientos Hospitalarios y Establecimientos Privados en Convenio	59
ANEXO 7: Mapa de Derivación	61
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

INTRODUCCIÓN

Según los lineamientos de la Reforma del Sistema de Salud en Chile, la provisión de prestaciones de salud a la población, se organiza en Redes Asistenciales, que basan su accionar en el funcionamiento y articulación de sus componentes, para lograr la continuidad de la atención, con impacto sanitario y satisfacción usuaria, resguardando la equidad, el acceso, la oportunidad y la protección financiera.

Bajo esta lógica organizacional, la Subsecretaría de Redes Asistenciales está a cargo de las materias relativas a articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, mediante políticas, normas, planes y programas, velando por su cumplimiento y coordinando su ejecución por los Servicios de Salud y demás organismos que conforman el Sistema, para permitir satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria¹.

Para cumplir con este desafío de organización eficiente en Red, es fundamental la existencia de un Proceso de Diseño/Rediseño de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, actualizando el ordenamiento de sus componentes y su interacción, visualizando nodos críticos y anticipando su resolución, a través de la Planificación, Implementación y Evaluación.

A medida que se ha ido consolidando la instalación de la reforma, los Servicios de Salud, han tenido diferentes niveles de avance en su constitución como Red Asistencial, evidenciando logros parciales o totales. Además, la instalación de estas Redes se desarrolla en contextos dinámicos, de distintos ámbitos, como son los cambios de escenarios políticos, sociales, epidemiológicos e incluso eventos de la naturaleza, que determinan el desafío de la reconstrucción y del Rediseño.

Por los distintos grados de avances en la instalación de estas Redes Asistenciales y por el dinamismo intrínseco de las Redes, se hace necesaria la revisión continua del Diseño/Rediseño de la Red de cada Servicio de Salud, a través de un proceso metodológico, que entrega un ordenamiento en el análisis de componentes que se relacionan entre sí y que dan como resultado la conformación de la Red Asistencial, con el objetivo de evitar el uso inadecuado de los recursos de la Red y repercutan en el usuario, a través de vacíos de cobertura y de tiempos de espera, entre otros.

Como consecuencia del proceso de Diseño/Rediseño de la Red Asistencial, el Servicio de Salud podría concluir la incorporación de proyectos de inversión, lo que se justificaría, luego de haber optimizado su propia Red Asistencial y analizado la complementariedad de Carteras de Servicio

1 Ministerio de Salud. Ley 19937. "Modifica el DL 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. Art. 8. Publicada el 24.02.2004 y Promulgada el 30.01.2004.

con los integrantes de la Red Asistencial Macrorregional respectiva.

Para que efectivamente tenga impacto, el proceso debe ser conocido, construido y validado por todos los integrantes y participantes de la Red. Por otro lado, este documento plantea la utilización de una orientación común, que objetive los mismos parámetros para cada una de las Redes Asistenciales de los Servicios de Salud, describiendo a su vez, las particularidades de cada una.

OBJETIVO GENERAL

Entregar orientaciones comunes para desarrollar el Proceso de Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud, permitiendo la continuidad de atención con impacto sanitario y satisfacción usuaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Entregar los lineamientos conceptuales, que guíen el desarrollo de un Proceso de Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud, proporcionando las bases para la articulación de sus componentes de una manera funcional y la organización de los Procesos Asistenciales Claves.
2. Entregar los elementos metodológicos para desarrollar el Proceso de Planificación de la Red del Servicio de Salud y que sea válido como Módulo de Gestión de Red para aprobación de Estudios de Proyectos de Inversión.
3. Señalar los aspectos principales que se deben considerar en la Implementación del Proceso de Diseño/Rediseño de la Red, en cada Servicio de Salud, que permitan garantizar la aplicación de lo planificado.
4. Proporcionar los aspectos relevantes a considerar, para realizar la Evaluación de la Funcionalidad de la Red Asistencial del Servicio de Salud.

I. MARCO CONCEPTUAL

La formulación y construcción de la Red del Servicio de Salud, ha sido un proceso que se ha instalado en forma simultánea a las tareas habituales del Sector Salud, es decir, “aprendiendo y haciendo”. Ha sido un cambio conceptual paradigmático que continúa y que aún no termina, para lo cual se requiere del conocimiento y reflexión de un conjunto de conceptos, significados, componentes e implicancias, que puestas en práctica dan inicio a la elaboración de este Diseño/Rediseño.

El proceso de Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud sienta su base en el Modelo de Atención Integral de Salud, entendiendo la atención de salud como un proceso continuo, que se preocupa de la persona antes de la enfermedad, que fomenta la corresponsabilidad y entrega herramientas para su autocuidado y que, en caso de enfermar, la acoge, trata y rehabilita.

El Modelo de Atención Integral, se entiende como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familias y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultura²”.

De esta forma, el Modelo de Atención Integral planteado por la Reforma de Salud, sitúa a “las personas y sus necesidades”, como el eje central del quehacer del sistema de salud y para ello plantea que el sistema se disponga, de la misma forma que las personas organizan la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades³.

Para estos efectos, se requiere conocer las necesidades de las personas en su ambiente, las variables que influyen en su proceso de salud-enfermedad-salud, la cultura que predomina para mantener la salud, para enfrentar la enfermedad y las redes familiares y sociales que el usuario ocupa en ese proceso.

Con el propósito, de llevar a cabo el Modelo de Atención Integral, la Reforma plantea un Modelo de Gestión en Red basado en el Fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Salud Familiar, en la Transformación Hospitalaria con énfasis en la Ambulatorización y la Articulación de la Red Asistencial.⁴

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

2-3-4 Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. “Modelo de Atención Integral en Salud”. Serie Cuadernos N°1.

La forma de organización del sistema de salud, es a través de Redes Asistenciales e implica una nueva forma de relacionarse, a través de la articulación y complementariedad entre sí, para alcanzar objetivos comunes y satisfacer las necesidades de los usuarios.

Las características más relevantes de una Red son la flexibilidad, la fluidez y la horizontalidad de las relaciones. Todas estas características, insertas en el dinamismo que se constituye como el elemento clave, que debe ser incorporado en el Diseño/Rediseño de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, puesto que será fundamental al momento de adaptarse a los cambios inherentes de las Redes.

La conformación de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, contempla diferentes componentes que corresponden al "conjunto de Establecimientos Asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los Establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud de su territorio y los demás Establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población"⁵.

La Red de cada Servicio de Salud se organiza "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 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 señalen la ley y los reglamentos"⁶.

A los Servicios de Salud, les corresponde la "articulación, gestión y desarrollo de la Red Asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe".⁷

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

El Gestor de Red, dispone de distintas instancias para facilitar la Articulación de la Red Asistencial. Uno de ellos, es el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA). Este Consejo, está constituido por representantes de Establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención y privados que integren la Red Asistencial del Servicio y presidido por el Gestor de Red. Tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente

5 Ministerio de Salud. Decreto 140 "Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud". Publicado en abril de 2005. Art.3.

6 Op. Cit. Art.4.

7 Op. Cit. Art. 1.

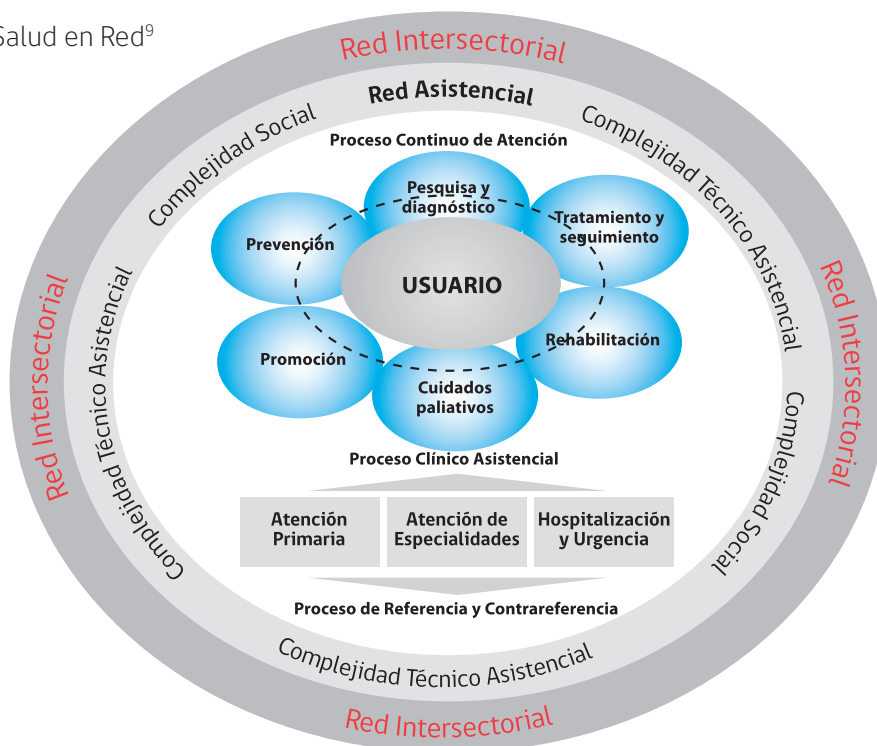
coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud, los hospitales y los Establecimientos de Atención Primaria, sean estos propios del Servicio o Establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud. Asimismo le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten nodos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.⁸

El trabajo de la Red Asistencial del Servicio de Salud, se sitúa en un contexto de intersectorialidad y territorialidad, que debe tener las características de coordinación y complementariedad de instituciones representativas de distintos sectores sociales, mediante interacciones conjuntas destinadas a transformar la situación de salud y aportar al bienestar y calidad de vida de la población. Las sinergias de los distintos actores involucrados aumentan la productividad y permite compartir responsabilidades, recursos e instrumentos disponibles. Amplía las capacidades institucionales, especialmente las relacionadas con capital humano y social, lo cual crea condiciones para lograr efectos multiplicadores. El desafío está en aceptar la diversidad y gestionar la diferencia.

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

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

Sistema de Salud en Red⁹



8 Op. Cit. Art. 17.

9 Esquema tomado y modificado del Documento: Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Integración de Redes. "Diseño del Proceso Clínico Asistencial En la Red Pública De Salud En Chile". Septiembre 2009.

El proceso de continuidad de la atención se efectúa a través de la Red Asistencial, que convive e interactúa con la Red Intersectorial, tanto pública como privada. La funcionalidad de esta Red Asistencial, esta determinada por dos factores, uno, la Complejidad Social de la población a la que atiende y otro, la Complejidad Técnico Asistencial de la resolución de problemas de salud. A su vez, la Red se operativiza a través de los procesos asistenciales claves que incorporan la Atención Primaria, de Especialidades, de Hospitalización, Intervenciones Quirúrgicas y Urgencia.

En este Diseño/Rediseño, la Atención Primaria de Salud es el eje del sistema y se enfrenta a ambas complejidades, interactuando fuertemente con la comunidad y con otros sectores, a través de las acciones de prevención y promoción y algunas especialidades. A su vez, corresponde a la principal puerta de entrada hacia la Red Asistencial, resolviendo un porcentaje importante de la demanda y originando el Proceso de Referencia y Contrarreferencia hacia las distintas especialidades y en el caso de la Urgencia, hacia la hospitalización.

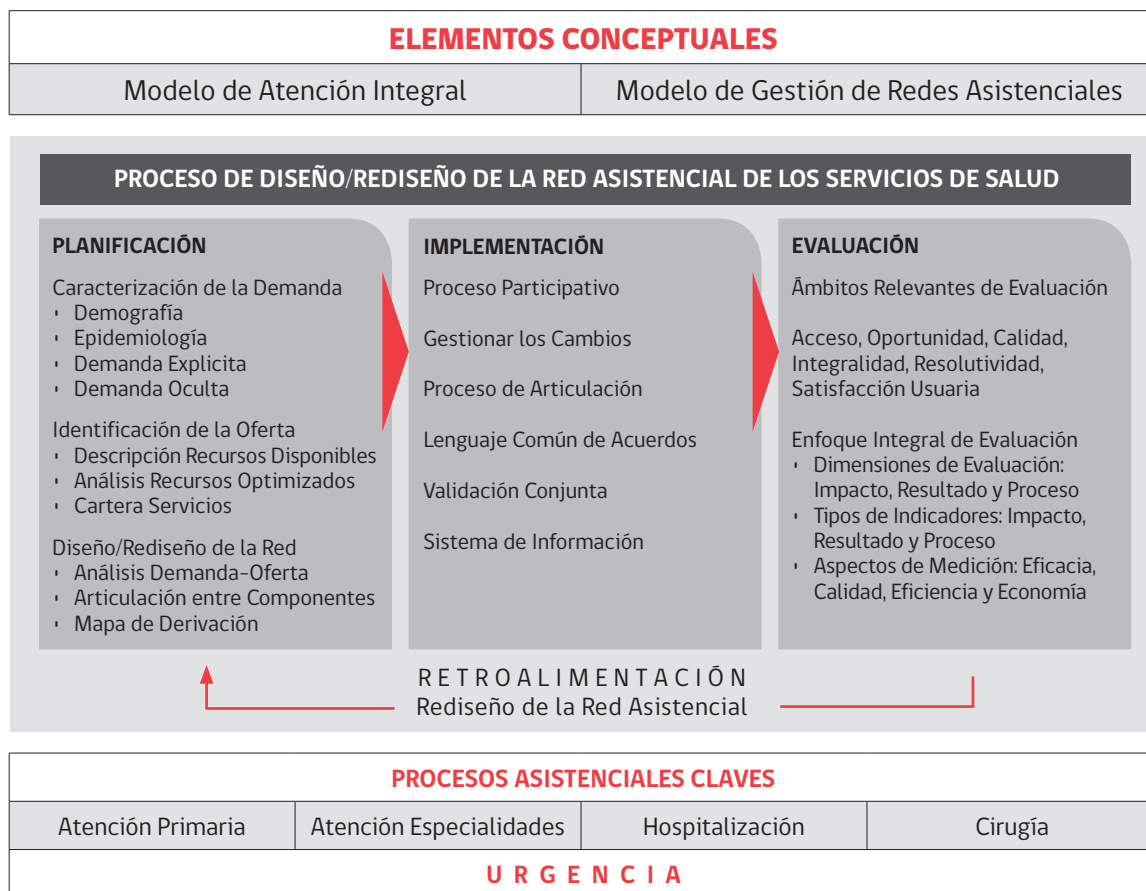
II. PROCESO DE DISEÑO/REDISEÑO DE LA RED DE SERVICIOS DE SALUD

A continuación se exponen las etapas, los elementos relevantes y el ordenamiento metodológico para realizar el Proceso de Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud.

El siguiente esquema grafica estos elementos y el proceso metodológico a seguir, basado en el Modelo de Atención Integral y de Gestión de Redes Asistenciales.

La metodología utilizada para el Diseño/Rediseño de la Red, plantea el desarrollo de tres etapas: Planificación, Implementación y Evaluación. Estas etapas están en un proceso continuo y se retroalimentan entre sí, permitiendo el Diseño/Rediseño de la Red y a su vez asegurar la organización de los procesos asistenciales claves de atención primaria, especialidades, hospitalización, intervención quirúrgica y urgencia.

Proceso de Diseño/Rediseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud



2.1 PLANIFICACIÓN DE LA RED

En el desarrollo de la etapa de Planificación de la Red del Servicio de Salud, inicialmente se describen los elementos para realizar un diagnóstico, a través de la caracterización de la demanda de atenciones de salud y la descripción de la oferta de los Establecimientos, la que deberá optimizarse.

Una vez que se ha realizado este proceso, se compara la demanda y la oferta, identificando las diferencias y estableciendo los vínculos o derivaciones entre Establecimientos del mismo Servicio de Salud, que se complementarán en sus Carteras de Servicio, para satisfacer las necesidades de salud de la población del área de influencia.

Aún realizando este proceso de Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud, es probable que queden necesidades de salud sin resolver, por lo que se debiera realizar otro proceso de Diseño/Rediseño de Redes entre distintos Servicios de Salud que se complementen. Estas carencias, pueden identificarse dentro del proceso de Diseño/Rediseño e incluso visualizarse en los instrumentos de recolección de datos y análisis, pero no forman parte del objetivo de este documento particular, tal como se señaló en la presentación del mismo, sino que serán materia de un próximo documento.

2.1.1 Caracterización de la Demanda

Se entiende por demanda el número de prestaciones requeridas por la población del área geográfica en un determinado período e implica traducir las necesidades de salud en prestaciones de salud.

Este proceso de transformación de necesidades en prestaciones, requiere caracterizar la demanda desde la perspectiva **Demográfica, Epidemiológica, la Demanda Explícita y la Demanda Oculta**, con el fin de tener una visión integral de las necesidades de salud de la población.

La primera etapa de la caracterización de la demanda es el conocimiento de las particularidades demográficas, con el objetivo de caracterizar la población y proyectar su crecimiento al mediano y largo plazo. Estos contenidos son importantes para la estimación de las necesidades de salud de la población, ya que el perfil de patologías depende del tamaño y las características de la población.

Para determinar el tamaño poblacional, se considera el sector geográfico del Servicio de Salud, que corresponde a la totalidad de la población de la jurisdicción, independiente de su dependencia administrativa y de su forma de financiamiento.

La población de un área geográfica determinada, puede caracterizarse considerando las variables de estructura por grupos de edad, distribución por sexo, crecimiento poblacional, nivel socioeconómico, sistema de seguro de salud, cultura, etnia, género, variaciones estacionales por

migraciones internas y la población flotante y/o en tránsito inmigrante en aquellos Servicios de Salud cuya jurisdicción territorial tiene límites fronterizos, de manera que se puedan identificar los grupos poblacionales que serán objeto de las intervenciones de salud, complementando el análisis con las vías de acceso existentes.

Luego de caracterizada demográficamente la población, es necesario realizar las proyecciones de la misma, las cuales se recomienda efectuar para cinco y diez años, debido a que a medida que aumenta el plazo disminuye la precisión de la estimación.

La segunda etapa establece el perfil epidemiológico, para proporcionar información que permita contextualizar el entorno en que funciona la Red y dar una orientación respecto del perfil de salud, que los Establecimientos deberán resolver en el futuro. También proporciona información sobre las soluciones más adecuadas para resolver los problemas señalados, puesto que diferentes perfiles de morbilidad, involucran diferentes recursos de salud para su prevención y solución.

El perfil epidemiológico comprende, **los Factores Condicionantes de la Salud, el Daño en Salud y los Problemas de Salud Prioritarios**.

Para identificar los Factores Condicionantes de la Salud, se caracterizan todas aquellas variables que condicionan el nivel de vida y salud de la población, tales como los factores: demográficos, geográficos y ambientales, culturales y étnicos, características socioeconómicas, educación y conductas asociadas a salud.

Otro factor relevante, para la caracterización de la demanda, es identificar el Daño en Salud, estableciendo las tendencias y sus perspectivas para el mediano y largo plazo, del estado de salud de la población e identificar las áreas geográficas, que concentran los mayores problemas sanitarios e identificar los grupos poblacionales de mayor riesgo.

Esto permite orientar la elección de las mejores intervenciones para su solución y establecer un referente para evaluar el impacto en salud.

Los elementos a considerar son las tasas de mortalidad, esperanza de vida al nacer, años de vida potenciales perdidos (AVPP), indicadores de morbilidad, problemas de salud percibidos por la población, indicadores de esperanza de vida, años de vida ajustados por discapacidad (AVISA) y los aspectos epidemiológicos locales relevantes.

Para completar el perfil epidemiológico, se requiere establecer los Problemas de Salud Prioritarios, a través de la jerarquización de los problemas de salud identificados; para lo cual, existen numerosos métodos, algunos de ellos basados en enfoques cuantitativos y otros que incorporan en mayor o menor grado aspectos cualitativos, como la opinión de usuarios o expertos. La mayor parte de estos métodos, aún cuando se consideren cuantitativos, incorporan algún grado de subjetividad en sus mediciones, circunstancia que se debe tener en cuenta al analizar los resultados.

En la tercera etapa, se requiere caracterizar la Demanda Explícita que se expresa en las prestaciones que la población solicita. Para esto se considera la utilización de los servicios o prestaciones de salud, incluyendo aquellos frente a los cuales la Red no tuvo la capacidad de oferta, como son las Listas de Espera y el Rechazo.

Los elementos que caracterizarían la Demanda Explícita a través de Listas de Espera, deben incluir además del número de personas, el tiempo de espera, la cantidad de prestaciones, las especialidades, los diagnósticos específicos y el origen de la solicitud de la atención, para que al momento de diseñar la Red, se considere el acceso y la oportunidad.

Es importante incluir todas estas variables, al momento de cuantificar la Lista de Espera, ya que una persona puede requerir más de una prestación, de distintas especialidades. Esto condiciona el uso de los recursos disponibles en la Red, para resolver integralmente la necesidad del usuario, por lo que es relevante conocer además, los diagnósticos específicos y el lugar de origen de la solicitud. De esta forma, se pueden identificar con mayor precisión, los procesos específicos que se deben gestionar y direccionar para lograr una resolutivez oportuna y garantizar el uso racional de los recursos.

En la cuarta etapa, se reconoce la Demanda Oculta, que se refiere a aquella que el sistema no ha identificado, debido a que no se ha evidenciado por falta de capacidad de respuesta en cantidad o calidad, subestimando de esta forma la demanda real.

En todas las etapas anteriores se recopilan datos e información que se encuentra en diferentes fuentes, para lo cual el Servicio de Salud, deberá definir cuáles serán las fuentes oficiales y quiénes serán los responsables.

Los pasos a seguir para la Caracterización de la Demanda, se resumen en el siguiente Tabla:

CARACTERIZACIÓN DE LA DEMANDA	
1.	CARACTERIZACIÓN DEMOGRÁFICA
1.1	Definición del Tamaño de Poblacional: sector geográfico del Servicio de Salud con su población jurisdiccional.
1.2	Caracterización Poblacional: grupos de edad, distribución por sexo, nivel socioeconómico, seguro de salud, cultura, etnia y variaciones estacionales por migración o población flotante.
1.3	Proyección de Crecimiento Poblacional: mediano y largo plazo, 5 y 10 años.
2.	PERFIL EPIDEMIOLÓGICO
2.1	Factores Condicionantes de Salud: Demográficos, Geográficos, Ambientales, Culturales, Étnicos, Socioeconómicos, Educativos y Conductuales.
2.2	Daño en Salud: áreas Geográficas de concentración de Problemas sanitarios, Grupos Poblacionales de Mayor Riesgo y tendencias de mediano y largo plazo.
2.3	Problemas de Salud Prioritarios: Jerarquización de los Problemas Identificados.
3.	DEMANDA EXPLICITADA
3.1	Prestaciones de Salud Entregadas: Producción Realizada.
3.2	Listas de Espera: Número de Personas, Tiempo de Espera, Cantidad de Prestaciones, Especialidades, Diagnósticos Específicos y Origen de la Solicitud de Atención.
4.	DEMANDA OCULTA
	Estimación de Demanda no identificada por el sistema de salud formal, por falta de oferta.
RESULTADO: DEMANDA ESTIMADA	

2.1.2 Identificación de la Oferta

En esta etapa del Proceso de Diseño/Rediseño de la Red Asistencial, se señalan los elementos para describir la oferta, a través de la caracterización de los Establecimientos, de los recursos humanos y las prestaciones que oferta a la Red, en conjunto con la oferta privada cuando se requiera; para luego estimar la oferta potencial y optimizada de las prestaciones con los recursos disponibles en la Red, de acuerdo al análisis de los coeficientes técnicos y estándares de rendimiento. La capacidad optimizada de la oferta se debe expresar en la "Cartera de Servicios" de cada Establecimiento que conforma la Red.

Descripción de la Oferta

La descripción de la disponibilidad de los recursos considera la caracterización de los distintos tipos de Establecimientos de la Red, clasificados por nivel de complejidad técnica y capacidad resolutoria. Se requiere contar con un diagnóstico cuantitativo y cualitativo de la estructura y el equipamiento de los Establecimientos, determinando su estado y condiciones de operación, detectando los posibles nodos críticos y planteando las estrategias de solución.

Otro de los aspectos de alta relevancia a considerar, corresponde a la dotación de personal, desagregada de acuerdo a su composición y en el caso de los médicos, diferenciado por especialidad.

Es importante establecer si el recurso humano seleccionado constituye un recurso crítico para la producción del Establecimiento, entendiendo por recurso crítico, aquel que por su escasa disponibilidad o alta rotación se transforma en una dificultad para la realización de las prestaciones de salud.

La recolección de la información respecto a la dotación y composición del personal, se relaciona con la producción de las unidades en las cuales trabajan, estableciendo la productividad observada del recurso humano.

Otro elemento a considerar, es la producción de los Establecimientos desagregada en prestaciones intermedias y finales. Se denomina prestación final a la resultante última del proceso productivo al interior del Establecimiento de salud, que da cuenta en forma global de la producción. Bajo este concepto se incluyen las consultas de atención primaria, las consultas de especialidad, las consultas de atención de urgencia, los egresos hospitalarios y las intervenciones quirúrgicas, entre otras.

Las prestaciones intermedias, forman parte del proceso productivo, pero actúan como insumo para la producción de la prestación final. Entre ellas se encuentran los exámenes de imagenología y de laboratorio, los procedimientos de anatomía patológica y otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Para el análisis de las prestaciones finales se recomienda utilizar una serie histórica, con el fin de determinar el comportamiento en el tiempo y la estacionalidad de la producción. En el caso de las prestaciones intermedias, éstas deben ser diferenciadas por tipo y de acuerdo a la estructura organizativa del Establecimiento (ej. exámenes por egreso, por atención de urgencia, exámenes cardiológicos por atención ambulatoria de cardiología y otros).

Análisis de la Oferta

A partir de la descripción de la oferta, se requiere su análisis aplicando en primer lugar, los coeficientes técnicos pertinentes, entendiendo que estos coeficientes se enfocan al ámbito sanitario y determinan técnicamente la proporcionalidad de prestaciones para la resolutivez de las necesidades de salud, como por ejemplo, los indicadores que relacionan la proporción entre prestaciones intermedias y finales en un mismo proceso clínico, como es el número de controles anuales por cada consulta nueva de especialidad.

En segundo lugar, se analiza la optimización de los recursos empleados en la producción de estas prestaciones de salud, a través de la aplicación de estándares de rendimiento en el proceso

productivo, combinando eficientemente los recursos humanos, físicos y financieros.

Los estándares de rendimiento, corresponden a relaciones entre los recursos existentes y la producción de servicios obtenidos, con la combinación de dichos recursos. Algunos estándares usados frecuentemente, corresponden al rendimiento de recurso físico, que relaciona la producción de prestaciones con el recurso físico existente y el rendimiento de recursos humanos, que relaciona la producción de prestaciones con las horas de trabajo de los diferentes tipos de recurso humano.

Con la aplicación de los coeficientes técnicos y estándares de rendimiento, se ha comparado la productividad existente, con la producción que se obtendría en condiciones óptimas de disponibilidad de recursos humanos, físicos y financieros y es posible entonces, optimizar la oferta, a través del ajuste de la producción de prestaciones por recurso.

Aquellos casos en que exista capacidad instalada no utilizada, la optimización significará aumentar el rendimiento de los recursos disponibles, en tanto que en los casos de sobreutilización de recursos, la optimización consistirá en rebajar el rendimiento observado de los recursos.

En síntesis, la oferta optimizada se obtiene con la corrección de la productividad de los recursos para determinar la capacidad de oferta potencial.

Analizando la oferta de esta manera, en los distintos componentes o Establecimientos de la Red se pueden identificar nodos críticos y corregirlos, lo que constituye un elemento básico para diseñar la articulación de la Red, de manera que al igual que la caracterización de la demanda, el análisis de la oferta debe estar en constante revisión, para ajustar permanentemente la Cartera de Servicios debido al propio dinamismo de las Instituciones de Salud.

Finalmente, esta optimización de la oferta traducida en prestaciones de salud, se representa en la "Cartera de Servicios" por Establecimiento, que corresponde al conjunto de productos que el Establecimiento pone a disposición de los usuarios, es decir los servicios que presta.

Los pasos a seguir para la Identificación de la Oferta, se resumen en el siguiente Tabla:

IDENTIFICACIÓN DE LA OFERTA	
1. DESCRIPCIÓN DE LA OFERTA	
1.1	Caracterización de los Establecimientos: Nivel de Complejidad, capacidad Resolutiva, Estructura, Equipamiento y sus condiciones de operación.
1.2	Recursos Humanos: Dotación y Composición por Estamento y Especialidad Médica.
1.3	Producción: Prestaciones Intermedias y Finales.
2. ANÁLISIS DE LA OFERTA	
2.1	Aplicar Coeficiente Técnicos: proporcionalidad técnica sanitaria entre prestaciones y necesidades de salud.
2.2	Aplicar Estándares de Rendimiento: relacionando recursos existentes (humanos, físicos, financieros) y producción de servicios.
2.3	Optimización de Oferta: Corrección de la Productividad, Identificación de Nodos Críticos y Estrategias de Solución.
RESULTADO: CARTERAS DE SERVICIOS OPTIMIZADA POR ESTABLECIMIENTO	

2.1.3 Diseño/Rediseño de la Red Asistencial

En esta etapa se realiza el Diseño/Rediseño de la Red propiamente tal; es decir, la articulación de los componentes de la Red Asistencial y el sistema de derivación entre los Establecimientos.

El primer paso es la comparación entre la Demanda Caracterizada y la Oferta Optimizada, de acuerdo a los resultados obtenidos de las etapas anteriores, identificando las posibles diferencias dentro del Servicio de Salud, específicamente para cada Proceso Asistencial Clave. Además se debe revisar la perspectiva geográfica, identificando las áreas y sus vías de acceso, ya que dichas variables organizan la resolución de los problemas y por lo tanto determinan los Flujos de Derivación.

El resultado de este ejercicio, es la identificación de posibles brechas de atención, que permanecen aún después de la optimización de la gestión interna de los componentes del Servicio de Salud y la relación entre ellos.

El segundo paso es identificar las opciones de solución a las necesidades de salud sin resolver, estableciendo complementariedad entre los Establecimientos del Servicio de Salud, redefiniendo niveles de complejidad, identificando Capacidad Resolutiva y estableciendo Flujos de Derivación dentro de la Red Asistencial, entre otras.

Luego del análisis del Servicio de Salud, se debe considerar la complementariedad con otros Servicios de Salud, dentro de la Red Asistencial Macrorregional respectiva.

El tercer paso es realizar el Mapa de Derivación de la Red Asistencial, determinando los vínculos o derivaciones entre componentes o Establecimientos del Servicio de Salud.

Se debe considerar que los vínculos se construyen de acuerdo a necesidades, es decir a la resolución de problemas de salud, determinando la definición de las derivaciones específicas entre componentes de la Red, siendo el resultado de la aplicación de los pasos anteriores.

La construcción de estos vínculos, se realiza a través del análisis de la dinámica de funcionamiento de la relación de los Establecimientos, configurando un Sistema de Referencia y Contrarreferencia. La Referencia corresponde al mecanismo de derivación de los usuarios de acuerdo a la complejidad del tratamiento que requiera, a un Establecimiento de especialización técnica diferente, para asegurar la continuidad de la prestación de servicios y por contrarreferencia, a la derivación de los usuarios hacia el Establecimiento de origen. El flujo puede ser desde Establecimientos de Atención Primaria a Establecimientos de nivel secundario y terciario, como también puede ser en sentido inverso si se detecta un problema, en que los Establecimientos de Atención Primaria tienen la capacidad resolutoria adecuada.

Este Sistema de Referencia y Contrarreferencia tiene por objetivo, realizar un seguimiento del usuario, estableciendo de esta manera, la capacidad resolutoria conjunta de los Establecimientos de la Red, para satisfacer las demandas de atención de la población y la oportunidad con que se realiza.

La articulación de los Establecimientos, que se diseña de acuerdo a un Sistema de Referencia y Contrarreferencia, se representa en un Diagrama o Mapa de Derivación, que incluye los ámbitos de localización geográfica de los componentes de la Red y un esquema de distribución funcional de éstos.

Los **Mapas de Derivación** deben identificar sus componentes, la capacidad resolutoria a través de la Cartera de Servicios, tanto cualitativa como cuantitativa, los mecanismos de comunicación entre los componentes, los encargados de la articulación, los instrumentos de derivación, el sistema de evaluación y la población del área de influencia. Estos Mapas pueden realizarse diferenciando distintas características de la Red de un Servicio de Salud, como lo electivo de las urgencias, lo pediátrico de lo adulto, entre otros.

Cabe señalar, que el Mapa de Derivación, proporciona el insumo para realizar la programación de la Red y ordenar los recursos, las estrategias, las actividades, las metas y responsabilidades de los distintos componentes de la Red, para abordar de manera armónica, coordinada y resolutoria las necesidades de salud de la población y optimizar el uso de los recursos.

El Diseño de la Red Asistencial, se produce cuando al seguir los pasos metodológicos descritos anteriormente, se establece un Mapa de Derivación con los vínculos que inicialmente presentaba la Red Asistencial del Servicio de Salud, es decir se realiza un Diseño de la Red validando el Mapa de Derivación existente, validado por la aplicación de esta metodología.

El Rediseño de la Red Asistencial, es el resultado de aplicar los pasos metodológicos ya

nombrados, cuyo resultado sea un Mapa de Derivación, diferente al existente antes del análisis del Diseño de Red, debido a que se presentan una o más de las siguientes situaciones:

- A. Optimización de los recursos actuales o de la articulación entre los componentes de la Red.
- B. Incorporar de necesidades de inversión en proyectos futuros.
- C. Incorporar proyectos aprobados.

En cualquiera de las tres alternativas mencionadas, se deben establecer las diferencias entre el Mapa de Derivación inicial y el Rediseño actualizado.

En caso que el Mapa de Derivación identifique una idea futura de proyecto, se realizaría una actualización de la validación del Diseño de la Red, al momento de comenzar el proceso de estudio de preinversión.

Si el rediseño plantea la incorporación de inversiones, ya sea como idea futura o aprobada, previamente se debiera realizar la optimización de su propia Red Asistencial y analizar la complementariedad de carteras de servicios con los integrantes de la Red Asistencial Macrorregional respectiva.

En resumen, el Diseño/Rediseño de la Red del Servicio es la articulación de sus Establecimientos, de acuerdo a los antecedentes de demanda caracterizada y oferta optimizada, estableciendo la complementariedad de las Carteras de Servicios o suplencia de las mismas, entre distintos niveles de atención y/o Establecimientos de la misma o distinta complejidad técnica, construyendo las derivaciones entre los Establecimientos, diagramadas en un Mapa de Derivación.

De esta manera los vínculos del Mapa de Derivación, deben generar la articulación entre los recursos de la Red para responder a las necesidades de salud de la población, ya sea con los Establecimientos existentes en la Red o identificando Proyectos de Inversión.

Los pasos a seguir para el Diseño / Rediseño de la Red Asistencial, se resumen en el siguiente Diagrama:



2.2 IMPLEMENTACIÓN DEL DISEÑO/REDISEÑO DE LA RED ASISTENCIAL

En esta parte del documento se señalan los elementos que facilitan la etapa de Implementación. La participación como mecanismo de acercamiento entre los actores del Sistema de Salud, en sus diferentes maneras de organización para lograr una gestión de salud más eficiente; la gestión de los posibles cambios para el logro de compromisos de quienes participan, el proceso de articulación entre los actores de la Red, la utilización de un lenguaje común de acuerdos, la validación de cada etapa del Proceso por el Consejo de Integración de Red Asistencial o en cualquier otra instancia de participación local y los Sistemas de Información adecuados.

2.2.1 Proceso Participativo

Realizar el Diseño/Rediseño de la Red dentro de un proceso participativo, es fundamental para el éxito de su implementación y funcionamiento, pues determina en primera instancia el grado de involucramiento con los resultados del Diseño/Rediseño y por consiguiente, la validación y legitimación de los participantes.

En cada etapa del Diseño/Rediseño de la Red, se requiere la participación de todos los involucrados en la implementación de la misma. Por una parte, directivos y funcionarios que utilizarán su Red respectiva y por otra parte, los usuarios.

Desde la perspectiva del usuario, es necesario 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 el uso eficiente de los recursos y permitir que expresen sus preferencias y expectativas respecto del Sistema. Es necesario incorporar a los actores sociales involucrados, generando mecanismos de control social en el Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud, sin perder de vista que también tienen responsabilidad sobre las acciones de su propia salud.

En el ámbito de la gestión, la participación social y comunitaria en salud, es importante por la corresponsabilidad frente a la promoción y prevención de la salud, el control sobre la calidad de los servicios y prestaciones de salud, que favorecen al mejoramiento continuo de los procesos dentro de la Red Asistencial.

2.2.2 Gestionar los Cambios

Para desarrollar el proceso de implementación y sus componentes esenciales, el equipo encargado de la implementación del Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud, liderado por el Gestor de la Red, debe prepararse para gestionar los posibles cambios que se requieren, comenzando por esclarecer la percepción de problemas y la necesidad de cambios, para posteriormente ir construyendo la imagen futura, logrando los primeros resultados, que van generando la creciente

convicción y finalmente la satisfacción con el cambio¹⁰.

Es posible que el Diseño/Rediseño de la Red, determine una redistribución de los recursos humanos, la implementación de consultorías de especialistas a la atención primaria o el desplazamiento de éstos a otros puntos de la Red. Asimismo se requiere considerar los eventos en el contexto de emergencia y catástrofe, ya que la demanda varía en forma considerable.

Es importante valorar el proceso que implica hacer cambios en una organización de salud pública, por los distintos elementos de contexto que inciden en el modelo organizacional. Para ello, se requiere relevar los crecimientos personales y grupales, revisar, desarrollar y optimizar las formas en que se realizan las funciones y para generar nuevas ideas y posibilidades, descubrir significados e inventar caminos, para encontrar nuevas conexiones, ya sea en el nivel individual o en el social¹¹.

En este proceso de cambio, se debe considerar la transformación de los Establecimientos de acuerdo a las políticas emanadas por el Ministerio de Salud. Estos cambios deben ser comprendidos por todos los integrantes de la Red Asistencial para lograr el compromiso con esos objetivos. Asimismo estos procesos deben ser compartidos con la Red Intersectorial, para compartir el lenguaje común y participar en la evolución de los acuerdos y las negociaciones presentes y futuras.

2.2.3 Proceso de Articulación

La implementación del Diseño/Rediseño de la Red requiere establecer vínculos, articulación, coordinaciones y negociaciones con diferentes representantes de distintas instancias tanto de la Red Asistencial como de la Red Social e Intersectorial, con el objetivo de garantizar la continuidad y fluidez del proceso clínico asistencial.

El proceso de articulación se basa, en primera instancia, en la generación de relaciones interpersonales y los correspondientes acuerdos y/o negociaciones de acuerdo a demandas y ofertas que están reguladas por Normas, Reglamentos y Orientaciones Técnicas y que el nivel local debe adecuar previamente. Estas relaciones deben ser respaldadas por documentos oficiales que validen lo acordado y le den continuidad, independiente de las personas que estén a cargo y asimismo puedan adecuarse a las necesidades según corresponda.

El Diseño/Rediseño de la Red requiere articulación de base con Instituciones dependientes del Sistema de Salud como son FONASA, ISP y CENABAST, además con instancias de la Red Social e Intersectorial como los Consejos de Desarrollo, Departamentos Municipales y dependencias de otros Ministerios de Políticas Públicas y con instituciones de salud privadas del nivel local.

10 Mario Waissbluth. Magíster en Gestión y Políticas Públicas, Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile, 2008. "Gestión del Cambio en el Sector Público".

11 Pablo Buol. Coaching Ontológico. Una forma radicalmente diferente de ser gerente. Creador del Método CORE para el desarrollo de competencias.

2.2.4 Lenguaje Común de Acuerdos

Otro elemento importante en el éxito de la implementación, es el Lenguaje Común en toda la Red con reglas claras y consensuadas que permitan disminuir la variabilidad de interpretación, sobretodo considerando que el funcionamiento en Red, establece procesos que trascienden a cada una de las instituciones.

La posibilidad de implementar vínculos o derivaciones entre los componentes de la Red, por los que transiten las personas con la menor dificultad posible, se facilita con la elaboración y puesta en práctica de un lenguaje común que conlleve reglas explícitas y conocidas por todos los integrantes de la Red, a través de Protocolos de Derivación, Mapas de Derivación y Guías de Práctica Clínica, como elementos principales, sin perjuicio que se utilicen otros instrumentos como manuales de procedimiento.

Desde el punto de vista organizacional, se necesita contar con Protocolos de Derivación actualizados, que siendo instrumentos prácticos de orientación, consideren los elementos de existencia, pertenencia, derivación, salida y responsabilidades dentro de la Red, identificando la capacidad resolutoria, según carteras de servicios y establecer la derivación correspondiente. El conjunto de reglas acordadas de derivación, conforma el Sistema de Referencia y Contrarreferencia, el cual se traduce finalmente en el Mapa de Derivación, antes descrito.

Desde la perspectiva clínica, las reglas se expresan en las Guías de Práctica Clínica, que resumen la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de una patología y a partir de ello, formula recomendaciones concretas sobre su prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación, para apoyar la toma de decisiones de médicos y usuarios.

2.2.5 Validación Conjunta

Es imprescindible, la validación de cada una de las etapas del Diseño/Rediseño de la Red, en instancias donde participe toda la Red, como es el Consejo de Integración de la Red (CIRA), ya que aún cuando la participación puede realizarse en distintas instancias de la conformación de la Red, este es el mecanismo formal, donde están representados todos los prestadores de la Red y tiene la función de asesorar en la optimización de la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo de la Red.

Aún cuando el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), es la instancia formal de articulación dentro de la Red de cada Servicio de Salud; también es complementaria la utilización de cualquier otro mecanismo dentro del Servicio respectivo, en conjunto con cualquier otra instancia Regional o Macro Regional, donde se requiera difundir, analizar o realizar cualquier actividad que se estime conveniente en las distintas etapas del proceso de Planificación, Implementación o Evaluación del Diseño/Rediseño de la Red.

2.2.6 Sistema de Información

La información requerida para el Diseño/Rediseño, Implementación y Evaluación de la Funcionalidad de la Red, debe mantenerse actualizada y es “responsabilidad de la Subdirección de Gestión Asistencial mantener la información consolidada, integrada y actualizada de la Red Asistencial, a fin que apoye la planificación, organización, dirección y control de la misma. Esta deberá estar disponible para los integrantes de la Red, sus áreas funcionales y según lo requiera la SEREMI u otro organismo”¹².

De lo anterior se desprende, la importancia de velar por la calidad del registro, el procesamiento, el tratamiento y análisis de la información.

2.3 EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA RED

Una etapa importante en el Proceso de Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud, es la evaluación, que puede estar focalizada en cada una de las etapas de este proceso; sin embargo lo importante es la funcionalidad de la Red diseñada, como objeto de evaluación, para retroalimentar y mejorar el Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud.

Para esto, se plantean en primer lugar, los ámbitos relevantes de evaluación a considerar en la funcionalidad de la Red y en segundo lugar, se señala una metodología que evalúe integralmente la funcionalidad de la Red, definiendo las dimensiones de evaluación, los indicadores y los instrumentos adecuados.

Cabe destacar que, el resultado de la evaluación es una carta de navegación de la Red, ya que permite detectar nodos críticos y adelantarse a la resolución de ellos, con información oportuna y de calidad, en cada una de las etapas de los procesos de articulación de la Red del Servicio de Salud.

La evaluación es la recolección de información de manera rigurosa y sistemática, para obtener datos válidos y confiables acerca de una situación, con el objeto de retroalimentar la toma de decisiones para corregir o mejorar la situación evaluada.

Aunque la “evaluación de la funcionalidad del Diseño/Rediseño de la Red” está planteada en este documento, como tercer elemento del proceso, su desarrollo también comienza a realizarse en la etapa de planificación, es permanente y retroalimenta todo el proceso en cada una de sus partes. Se plantea con esto, la posibilidad de realizar una evaluación de los procesos desarrollados en cada etapa y en paralelo los resultados intermedios y finales, considerando además los atributos o características mencionadas en la etapa de “implementación”, es decir

12 Decreto N° 140. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud. Publicado en abril de 2005.

dentro de un proceso participativo, gestionando los posibles cambios, utilizando mecanismos de articulación, estableciendo lenguajes comunes, validando en conjunto y determinando los sistemas de información.

2.3.1 Ámbitos Relevantes de Evaluación

En la Primera Fase del proceso de evaluación se especifican los ámbitos relevantes a evaluar, para medir la funcionalidad de la Red. Para esto, es importante tener presente que un sistema de salud debe ser universal, es decir, que todas las personas tengan la posibilidad de acceder a él; integral, o sea, satisfacer la diversidad de necesidades de salud de la población; equitativo, es decir, reducir al mínimo posible las diferencias evitables e injustas y finalmente, económicamente sostenible.

A partir de estas premisas, se desprende que los ámbitos de evaluación del Diseño/Rediseño e Implementación de la Red del Servicio de Salud, deben ser coherentes con el objetivo final, que es la resolución de las necesidades de salud de las personas, logrando impacto sanitario con satisfacción usuaria.

Los principales ámbitos de evaluación a considerar en la funcionalidad de la Red, son el Acceso, Oportunidad, Calidad, Atención Integral, Resolutividad y Satisfacción Usuaria, los cuales se describen a continuación.

El primer ámbito de evaluación es el Acceso y debe ser medido en dos perspectivas. Una es el acceso geográfico, referido a la facilidad con la cual se realiza el desplazamiento, desde el lugar donde se encuentra el usuario hasta el Establecimiento de Salud. Este enfoque tiene mayor influencia en la utilización de servicios preventivos que curativos, sobre todo a medida que aumenta la percepción de urgencia por parte del usuario. La otra perspectiva es, el acceso socio-organizacional, correspondiente a las características no espaciales de los recursos que obstaculizan o facilitan la utilización de los servicios, que incluyen la disponibilidad, comodidad, accesibilidad económica, aceptabilidad¹³.

Para medir el acceso geográfico, se debe considerar la distancia media entre la residencia de los usuarios y el Establecimiento; sin embargo es imprescindible reconocer las condicionantes de acceso, como los factores geográficos, climáticos, las barreras naturales y el desarrollo de vías expeditas, distintas en cada Servicio de Salud. El acceso socio-organizacional, debe ser medido a través de levantamientos de información de los usuarios, una de las técnicas, entre otras, pueden ser las encuestas.

El segundo ámbito es la Oportunidad, entendida como el acceso a una determinada prestación dentro de los plazos considerados óptimos para evitar la agudización de un cuadro de salud, siendo uno de los aspectos claves a evaluar en el proceso de atención, tomando en cuenta las normativas legales de atención en el Sistema GES y las Listas de Espera de las demás patologías, que requieren resolución.

El tercer ámbito corresponde a la Calidad de la Atención, como concepto integral, reconoce varias dimensiones, que varían en importancia según el contexto en que se desarrolla: competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del usuario, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad y seguridad o comodidad¹⁴.

El cuarto ámbito es la Atención Integral, que considera: la dimensión personal, a través de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales; de continuidad salud-enfermedad y etapas del ciclo vital; de contexto, familia, barrio, escuela, trabajo y redes de apoyo social y el enfoque de salud intercultural, de género y complementariedad con otras terapias de salud.

El quinto ámbito es la Resolutividad, referida a la respuesta satisfactoria de los problemas de salud, con el mejor grado de calidad y utilizando los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles. Es importante destacar que alcanza a toda la Red Asistencial, siendo clave la coordinación de los recursos, la comunicación de la información relevante y la colaboración de sus actores, coordinado todo esto por el Gestor de Red¹⁵. Esta Resolutividad es efectiva siempre y cuando exista continuidad de atención a nivel de todos los Procesos de Atención de la Red, a través de los cuales transita el usuario, identificando oportunamente los nodos críticos y estableciendo las estrategias de salud para asegurar un expedito tránsito.

El sexto ámbito de evaluación es la Satisfacción Usuaría, entendida como un concepto multidimensional¹⁶, cuyos componentes varían en función del tipo de prestación de que se trate y más directamente relacionada con el componente afectivo de la actitud hacia el sistema sanitario y que conceptualmente puede explicarse, a partir de la confirmación de las expectativas, donde la diferencia entre expectativas y percepciones es el elemento clave. La satisfacción¹⁷ puede definirse como "la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario".

Se debe entender que la satisfacción es un fenómeno que viene determinado por los hábitos culturales de los diferentes grupos sociales y por lo tanto, su definición varía según la edad, el sexo, el nivel educativo, socioeconómico y los cambios del estado de salud. Sin embargo, puede referirse como mínimo a tres aspectos diferentes: organizativos (tiempo de espera, ambiente, etc.); atención recibida y su repercusión en el estado de salud y trato recibido durante el proceso de atención por parte del personal implicado. Desde el punto de vista del usuario, la actividad asistencial se inicia en el momento mismo en que entra al Establecimiento de salud y donde influyen los diversos factores propios del proceso.

13 Organización Panamericana de la Salud OPS. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 3. Lineamientos Metodológicos para la Realización De Análisis Funcionales De Las Redes De Servicios De Salud.

14 Lori DiPrete Brown Lynne Miller Franco Nadwa Rafah Theresa Hatzell. "Garantía de calidad de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo". Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad. Pág.3.

15 Ministerio de Salud. Septiembre 2009. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Integración de Redes. "Diseño del Proceso Clínico Asistencial En la Red Pública De Salud En Chile".

Una alternativa para medir la satisfacción usuaria, es evaluar los elementos que influyen en la percepción sobre la satisfacción, referidas a la higiene, el orden y la comodidad (estructura), trato recibido (proceso) y atención (resultado). Otra de las alternativas, es medir las respuestas dadas a toda queja formulada por las personas, que en la práctica puede realizarse a través de las OIRS. Además se pueden explorar las soluciones del problema motivo de la solicitud del servicio, como criterio del resultado.

Todos los ámbitos nombrados anteriormente, pueden ser evaluados a través de los denominados "momentos de la verdad"¹⁸, los que se refieren a cualquier situación en la que el ciudadano-usuario se pone en contacto con cualquier aspecto de la organización de salud y obtiene una impresión particular de funcionalidad de la Red. Implican una interacción directa entre los prestadores y los usuarios. Cada momento de la verdad es único y se experimentan en un ciclo de servicios¹⁹, es decir en una cadena continua de procesos asistenciales, por los que transita el usuario.

2.3.2 Enfoque Integral de Evaluación

En la Segunda Fase del proceso de evaluación, se especifica cómo evaluar los ámbitos relevantes de funcionalidad de la Red, a través de la aplicación de una metodología que considere distintas dimensiones de evaluación.

Es fundamental considerar que los Servicios de Salud tienen distintos avances en la conformación y consolidación de su propia Red, por lo que se debieran incorporar al menos las dimensiones evaluativas de proceso y resultado simultáneamente, como un continuo de evaluación y en los casos pertinentes, incorporar la medición de impacto.

Aplicando estas dimensiones de evaluación, se establece una mirada integral que identifica posibles nodos críticos en los procesos y se adelanta a su resolución, ya que midiendo solamente el resultado y el impacto, es probable que la información no sea lo suficientemente oportuna para el mejoramiento continuo y la retroalimentación. Para cumplir con ello, se señalan a continuación los pasos a seguir.

El primer paso es definir las Dimensiones de Evaluación de la Funcionalidad del Diseño/Rediseño de la Red, los cuales se detallan a continuación:

La evaluación de Impacto, corresponde a la medición de la contribución del Diseño/Rediseño de la Red al mejoramiento de la situación de salud. Requiere que las intervenciones realizadas y que

16 José Joaquín Mira, Jesús Aranz. La Satisfacción del Paciente como una Medida del Resultado de la Atención Sanitaria.

17 Martha Chang de la Rosa, María del Carmen Alemán Lage, Mayilée Cañizares Pérez y Ana María Ibarra. "Satisfacción de los Pacientes con la Atención Médica". Rev Cubana Medicina General Integral 1999;15(5):541-7

18 Carlson, Jan. El Momento de la Verdad. Editorial Díaz de Santos. 1991.

19 Karl Albrech. La Revolución del Servicio. 3R Editores, 2004.

serán objeto de la medición, se hayan realizado durante un tiempo considerable, para que en el mediano y largo plazo, se midan adecuadamente, estableciendo una causalidad o consecuencia, lo más directa posible, entre las acciones ejecutadas y el logro alcanzado como Impacto en el mejoramiento de la situación de salud.

Debe considerarse además, que la evaluación de Impacto, requiere un análisis integral ya que mide los resultados obtenidos por un conjunto de políticas, estrategias y proyectos de salud, midiendo la consecuencia final en el mejoramiento de salud de la población. Debido a que corresponde a un objetivo difícil de alcanzar, combina aspectos económicos, políticos, sociales, psicológicos y ambientales de la salud. Por ello, las intervenciones con un impacto real en la salud de la población deben tener un enfoque global, decidido a nivel político-técnico, como es el Diseño/Rediseño de la Red de cada Servicio de Salud.

Para realizar esta evaluación, es necesario facilitar la integración entre los datos existentes para realizar el diagnóstico inicial y poder medir los efectos de las medidas políticas llevadas a cabo. De esta manera será posible monitorear los efectos sobre la salud que tengan las acciones identificadas en la evaluación de impacto en la salud, maximizando sus potenciales efectos positivos y evitando los posibles efectos adversos²⁰.

La evaluación de Resultado, es la medición de los resultados finales como producto del Diseño/Rediseño de la Red, que refleja la instalación de un proceso exitoso, con un producto, servicio o prestación definida.

La evaluación de Proceso, es la medición de bienes o servicios como actividades intermedias que deben otorgarse para lograr los resultados finales. Son las acciones que el ejecutor debe cumplir para completar cada resultado intermedio. Estos procesos, se evalúan a través de la medición de un listado de actividades en orden cronológico para cada componente que puede a su vez desagregarse en tareas más específicas ordenadas secuencialmente²¹.

El segundo paso es la Construcción de Indicadores de Evaluación, que deben elaborarse de acuerdo a las dimensiones de evaluación antes descritas y considerar que existen distintos tipos de indicadores y de evaluación de los mismos.

Los tipos de Indicadores, son de Impacto, Resultado y Proceso. Los indicadores de Impacto, miden el efecto a largo plazo en las condiciones de vida de las personas, como consecuencia de las actividades efectuadas; los indicadores de Resultado, muestran los efectos inmediatos de las actividades en la población objetivo y los Indicadores de Proceso, muestran el cumplimiento de la ejecución de las actividades que se llevan a cabo para alcanzar un objetivo específico, dentro de un período de tiempo determinado.

20 María Sandín-Vázquez (1) y Antonio Sarría-Santamera (1,2) (1) Departamento de Ciencias Sanitarias y Médico-sociales, Universidad de Alcalá. (2) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Instituto de Salud Carlos III. Evaluación de Impacto en Salud: Valorando la Efectividad de las Políticas en la Salud de las Poblaciones.

Los aspectos a considerar en cada Indicador, corresponden a la Eficacia, la Calidad, Eficiencia y Economía. La Eficacia es el grado de cumplimiento del propósito, sin considerar necesariamente los recursos asignados para ello y generalmente corresponde a indicadores de resultados intermedios o finales; la Calidad es una dimensión específica del concepto de eficacia, referida a la capacidad de la institución para responder en forma directa y adecuada a las necesidades de los usuarios e incluye los factores de oportunidad, accesibilidad, precisión y continuidad en la entrega del servicio, comodidad y cortesía en la atención; la Eficiencia mide si los recursos se ejecutaron con el menor costo posible para rendir los productos esperados y la Economía es la capacidad de generar y movilizar adecuadamente los recursos financieros, como la capacidad de autofinanciamiento y el nivel de recuperación de préstamos.

Otra consideración relevante es que los Indicadores, requieren especificar los resultados esperados en cantidad, calidad y tiempo, presentando relaciones de causalidad de resultados, más que mostrar el síntoma de un problema particular; ya que detectando la causa, es posible solucionar el problema y direccionar efectivamente los recursos.

El tercer paso y final, es considerar los factores externos que podrían afectar el logro de los resultados esperados, para detectarlos a tiempo y adecuar los contextos o incluir nuevas estrategias de solución intermedia, antes del término de un proceso sin resultados satisfactorios. Asimismo, realizar los ajustes necesarios al instrumento de medición, a medida que el Diseño/Rediseño de la Red se implemente, aplicando las modificaciones pertinentes.

III. GUÍA DE APLICACIÓN DEL PROCESO DE DISEÑO/REDISEÑO DE LA RED ASISTENCIAL

Este capítulo se elaboró para facilitar la aplicación del Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud, para lo cual, es fundamental, que cada Servicio de Salud realice un análisis exhaustivo de los contenidos de los capítulos anteriores de este documento, con el fin de incorporar la metodología propuesta, que señala las orientaciones y lineamientos estratégicos para el Diseño/Rediseño de Red de cada Servicio de Salud, incorporando la Guía de Aplicación como complemento de uso práctico, para poder aplicar estos lineamientos en cualquier Servicio de Salud y período.

En esta Guía se presentan los elementos para cumplir con el objetivo planteado y lograr que al final del proceso, cada Servicio de Salud obtenga los siguientes productos:

- Caracterización de la Demanda.
- Identificación y Optimización de la Oferta.
- Cartera de Servicios.
- Elaboración del Mapa de Derivación (Articulación de la Red).
- Implementación del Diseño/Rediseño de la Red.
- Evaluación de Funcionalidad de la Red.

Para comenzar el trabajo, el Gestor de Red organizará y liderará un Equipo que se encargará de cumplir con el objetivo planteado y con los productos esperados. Este es el Equipo de Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud, que estará conformado por las personas que el Gestor de Red determine y que puede ir variando en su conformación, según la etapa del proceso que se esté trabajando.

Es relevante señalar que en este Equipo de Trabajo se debiera convocar a la SEREMI, dado que tiene un importante rol en cuanto a la caracterización de la demanda, para que de esta manera, ambas reparticiones realicen un trabajo conjunto y coordinado²².

Para lograr la articulación de la Red del Servicio de Salud, es central potenciar el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), el cual es presidido por el Gestor de Red y tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud, los Hospitales, como también los Centros Privados en Convenio y los Establecimientos de Atención Primaria, sean estos propios del Servicio, como también Establecimientos Municipales de Atención Primaria de Salud.

²² Según el DFL N°1 de 2005 del Ministerio de Salud, en el Título II, artículo N°8. Pág 6.

3.1 CARACTERIZACION DE LA DEMANDA

Para determinar el número de prestaciones requeridas por la población a cargo, es necesario considerar una serie de elementos que se enumeran a continuación:

Tabla N° 1: Elementos a considerar en la Caracterización de la Demanda

ASPECTOS DEMOGRÁFICOS
- Distribución por sexo
- Distribución por edad, (niño, adultos)
- Distribución según etnias
- Variaciones de población: estacionales, migraciones, etc.
- Proyección a 5 y 10 años
ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS
Condicionantes de salud
- Factores ambientales (clima, geografía)
- Factores socioeconómicos (incluir distribución según previsión)
- Factores culturales
- Factores educacionales (educación, trabajo)
Daño en Salud
- Tasas de mortalidad
- Esperanza de vida al nacer
- Enfermedades Endémicas Asociadas al Servicio de Salud
- Enfermedades Infecto-Contagiosas con mayor prevalencia
- Indicadores de años de vida ajustados por discapacidad
- Percepción de la población
DEMANDA EXPLÍCITA
Producción (Consultas, Procedimientos de diagnóstico y tratamiento, Intervenciones Quirúrgicas)
Listas de espera (Consultas, Procedimientos de diagnóstico y tratamiento, Intervenciones Quirúrgicas)
- Tiempo de espera
- Diagnósticos por patologías
- Origen de la solicitud de atención
Prestaciones GES
Identificación y cuantificación de nodos críticos
DEMANDA OCULTA

Existen elementos que son cuantitativos y que se requiere expresar en cantidad actual y proyectada, además de elementos cualitativos que pueden ser caracterizados de acuerdo a su tipo de clasificación, como es el clima y la geografía.

En cuanto al período actual que será observado, es relevante que se precise y respete en todo el proceso, desde la etapa de planificación hasta la evaluación.

Dado que se trata de un proceso continuo, será necesario cada cierto tiempo modificar el período actual observado, de manera que los datos se puedan comparar y trabajar en forma coherente. Es así que en este primer proceso, se sugiere usar información del año anterior a la fecha del estudio, para tener la secuencia de doce meses.

Para determinar el tamaño poblacional, se considera la totalidad de la población de la jurisdicción del Servicio de Salud, independiente de su dependencia administrativa y de su forma de financiamiento.

La población de un área geográfica determinada, puede caracterizarse desde dos puntos de vista, el demográfico y epidemiológico. Para el primero corresponde considerar la distribución por sexo, edad, crecimiento poblacional y etnias, por nombrar algunas variables. En este ámbito caben las variaciones estacionales por migraciones internas y la población flotante y/o en tránsito inmigrante en aquellos Servicios de Salud cuya jurisdicción territorial tiene límites fronterizos, de manera que se puedan identificar los grupos poblacionales que serán objeto de las intervenciones de salud.

Luego de su caracterización, se debe proyectar su crecimiento a 5 y 10 años, de manera de visualizar la eventual necesidad de contar en el futuro con otros Establecimientos o con mayor número de recursos humanos, en donde se debe considerar el número de habitantes esperados para el año proyectado, su composición por sexo y edad, y las demás variables analizadas para la población actual.

El segundo aspecto es la consideración del perfil epidemiológico, que incorpora a su vez los factores Condicionantes de la Salud, que son las variables que afectan el nivel de vida y salud de la población como los Factores Ambientales, Factores Socioeconómicos (incluyendo sistema de seguro de salud), Factores Culturales y Factores Educativos, por nombrar algunos. También incluye el denominado Daño en Salud en que se deben identificar las áreas geográficas que concentran los mayores problemas de salud.

A estos antecedentes se le debe agregar la información de las listas de espera; las cuales, recogen aquella demanda insatisfecha, principalmente respecto de la oportunidad de atención. A su vez es recomendable agregar un sistema de priorización basado en criterios de gravedad y oportunidad, generando un perfil de Lista Espera para poder realizar su gestión y resolución.

La demanda de prestaciones GES, también se debe considerar y su gestión debiera anticipar cualquier retraso de atenciones, realizando un monitoreo rigurosos a través del SIGGES.

Finalmente, se debe tomar en cuenta lo que se ha denominado la “demanda oculta”, que incluye aquella demanda que el sistema no ha identificado, por falta de oferta en ciertos casos, o bien por oferta insuficiente que no se registra, como ejemplos:

- Dificultad de acceso oportuno a la Atención Primaria para cupos de rehabilitación osteomuscular, salud mental y salud bucal, entre otros.
- Inexistencia de cierta especialidad en el Nivel Secundario, que debiera generar la lista de espera correspondiente, ya que sí existe la demanda y debiera registrarse en Atención Primaria y estar en conocimiento del Gestor de Red.

Así entonces, se debe obtener un número de personas y la determinación del tipo y cantidad de prestaciones de salud que dichas personas, requieren en los distintos Establecimientos de la Red Asistencial.

Se debe complementar la información local con aportes de Salud Pública (SEREMI), ya que es indispensable tener el diagnóstico de salud de la población del territorio, de acuerdo a un trabajo coordinado.

3.2 IDENTIFICACION Y OPTIMIZACION DE LA OFERTA

Para poder dimensionar la oferta total del Servicio de Salud, se debe analizar cada Establecimiento por separado, considerando en cada uno de ellos las prestaciones que se ofertan, así como los recursos humanos, el equipamiento e infraestructura disponibles.

Es necesario identificar y explicitar el período o los períodos que se tomarán para identificar la Oferta (período actual observado y proyección). En este primer proceso, se sugiere usar información del año anterior a la fecha del estudio, para tener la secuencia de doce meses.

La producción expresada en prestaciones debe desagregarse en finales e intermedias, siendo fundamental cuantificarla, ya que se expresará a través de la Cartera de Servicios de cada Establecimiento.

3.2.1 Identificación de Oferta

A continuación, se propone una sistematización de los datos requeridos, de los cuales deben elegirse aquellos que correspondan al nivel de capacidad resolutive del Establecimiento que se está describiendo.

Tabla N° 2: Identificación de oferta

Establecimiento: Nombre	
PRESTACIONES	NÚMERO
1. Prestaciones de Atención Abierta	
Consultas médicas de APS (incluir Odontología)	
Consultas nuevas	
Controles	
Consultas otros profesionales de APS (ej. Enfermera, Matrona, Kinesiólogo, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Nutricionista, Asistente Social)	
Consultas nuevas	
Controles	
Consultas Médicas de Especialidad (incluir Odontología)	
Consultas nuevas	
Controles	
Consultas de Urgencia (considerar Odontología y Maternidad)	
Procedimientos de Especialidad	
2. Prestaciones de Atención Cerrada	
Nº de camas (básicas, críticas, agudas, etc.)	
Nº de pabellones (maternidad, UEH, CMA, otro)	
Nº de Egresos (de camas críticas, pensionado etc....)	
Intervenciones quirúrgicas mayores y menores	
Número de partos	
3. Prestaciones de Apoyo Clínico, Diagnóstico	
Exámenes de imagenología	
Exámenes de laboratorio clínico	
Exámenes de anatomía patológica	
Hemodiálisis	
Procedimientos de Medicina Física y Rehabilitación	
Procedimientos de Banco de Sangre o UMT	
Volumen de producción de esterilización	

RECURSOS	
RECURSOS HUMANOS	NÚMERO
1. Distribución según estamento	
Profesionales	
Técnicos	
Administrativos y Auxiliares	
2. Ley 15.076 (precisar N° de personas, cargos y N° de horas)	
3. Ley 19.664 (precisar N° de personas, cargos y N° de horas)	
4. Ley 18.834 (precisar N° de personas, cargos y N° de horas)	
5. Ley 19.378 de Atención Primaria Municipal (precisar N° de personas, cargos y N° de horas)	
6. Otros (honorarios, compras de servicios, etc.)	
RECURSOS DE EQUIPAMIENTO	
Asociado a producción y/o a mayor complejidad	
RECURSOS DE ESTRUCTURA	
Condiciones de habitabilidad y operación seguras	

La Identificación de la Oferta debe realizarse por cada Establecimiento y luego consolidarla como Servicio de Salud.

Se mencionan a continuación, algunos elementos a considerar:

- La oferta de horas de pabellón para la atención abierta y cerrada, así como la disponibilidad de los distintos días cama.
- En la actividad quirúrgica existen ámbitos donde la producción (Oferta) refleja un 100% la demanda (cirugía de urgencia y atención del parto), mientras otros funcionan en base a restricción de la Oferta (cirugía electiva), por tanto es necesario diferenciar estos dos escenarios.
- Respecto de recursos humanos, si los profesionales médicos comparten horario en la atención abierta y cerrada, debe distribuirse dicho horario en ambas actividades de acuerdo a lo que determine la dirección del Establecimiento. Deben analizarse las actividades por profesional (atención directa, docencia, gestión administrativa), considerando su rendimiento, de acuerdo a las directrices locales, evitando la superposición de horarios.
- Para dimensionar la oferta real de recursos humanos, es preciso considerar las semanas efectivas disponibles, descontando los feriados legales, los permisos y el ausentismo, resultando así el número de horas reales disponibles.
- Es necesario también determinar porcentaje de controles y consultas nuevas.

- Es fundamental considerar la dificultad de reclutar ciertos perfiles de profesionales y técnicos en regiones.
- Respecto de los Establecimientos de Atención Primaria, la consideración de estándares de rendimientos y otras variables quedan sujetas a la programación anual que se realiza habitualmente.
- Para el equipamiento médico, industrial y vehículos, se debe considerar ubicación, vida útil, tipo, cantidad, estado, rendimiento observado e insumos relevantes.
- La producción asociada a equipamiento, debe considerar los factores que intervienen en el proceso productivo (como el tipo de paciente, la capacidad de los operadores, suministros complementarios etc.)
- Un ámbito que debe incluirse en el estudio es la identificación de la Oferta de los Establecimientos Privados en Convenio.

Para guiar la identificación de las prestaciones, se recomienda consultar los anexos de este documento, incluyendo las prestaciones que corresponden al Establecimiento que está en estudio.

3.2.2 Análisis de la Oferta: Optimización

En síntesis, la Oferta Optimizada se obtiene con la corrección de la productividad de los recursos para determinar la capacidad de oferta potencial. El análisis de los resultados de la etapa de diagnóstico debe incorporar las diferencias entre demanda y oferta, actuales y proyectarlas, tanto en recurso humano, equipamiento, como en infraestructura; este trabajo apoya y sostiene la posterior planificación.

Se evidenciarán nodos críticos y si éstos se relacionan con sobredemanda o subutilización de los recursos, especialmente de Recursos Humanos y Equipamiento.

En la optimización del recurso humano disponible, es necesario considerar coeficientes técnicos generales, como: consultas de urgencia por habitante, cama por habitante, nº de cirugías por consulta de especialidad, etc.

Posterior a la identificación de los recursos disponibles para la oferta, se deben aplicar estándares de rendimiento para las prestaciones señaladas.

Se requiere que los indicadores de producción de equipamiento sean formulados localmente, tomando como base las características particulares del equipamiento existente y las condiciones específicas de trabajo, con fundamento técnico apoyado en estadísticas oficiales.

En relación al equipamiento, la estimación de la capacidad de producción, puede requerir ajustes, como tiempos muertos por mantenimiento o estacionalidad. Hay casos especiales como algunos que tienen rendimientos fijos universalmente reconocidos, como los sillones de diálisis.

El análisis de los elementos señalados permitirá tener claridad de los nodos críticos y las diferencias entre demanda y oferta.

3.2.3 Cartera de Servicios

Es el conjunto de prestaciones que el Establecimiento pone a disposición de los usuarios, es decir, los servicios que presta. Al identificar estos servicios, permite caracterizar a éste, mostrando el nivel de atención y resolución que tiene.

La Cartera de Servicios es el resultado de las distintas líneas de producción de servicios que posee el Establecimiento, generadas a partir de los diferentes procesos productivos. Los Establecimientos a considerar serán aquellos que pertenecen al Servicio de Salud, dependientes de los Municipios y aquellos que mantienen convenios con el Servicio.

La elaboración de la Cartera de Servicios de un Establecimiento requiere de una revisión y clasificación de los procesos clínico-asistenciales que en él se desarrollan. Estos procesos se descomponen en dos: intermedios y finales.

Los procesos intermedios corresponden a procedimientos que forman parte del proceso productivo y que actúan como insumo para la producción de la prestación final. Entre ellos se encuentran los exámenes de imagenología y de laboratorio, los procedimientos de anatomía patológica, las acciones del Banco de Sangre y otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos (laparoscopías, laserterapias, etc.).

Por proceso final se entiende al resultante último del proceso productivo al interior del Establecimiento de Salud y bajo este concepto se incluyen los egresos hospitalarios, las consultas de nivel primario, las consultas de especialidad y las consultas de atención de urgencia. También se pueden incluir las intervenciones quirúrgicas y las atenciones de parto. Estas prestaciones dan cuenta en forma global de la producción de los Establecimientos de la Red Asistencial.

Para los Establecimientos de Atención Primaria existe una Cartera definida, que debe contener, al menos, lo incluido en el Decreto Per Cápita y en el Programa de Resolutividad²³.

El ordenamiento de la Cartera de Servicios de un Establecimiento hospitalario va a depender de su organización por Centros de Responsabilidad, para lo cual, por cada Centro de Responsabilidad se debe:

1. Identificar sus procesos de producción.
2. Establecer los productos de cada proceso y subproceso.
3. Generar el listado de productos específicos ordenados por línea de producción y procesos y por Centro de Responsabilidad²⁴.

²³ Ver Anexo N° 5: Cartera de Servicios de Establecimientos de Atención Primaria.

²⁴ Ver Anexo N° 6: Cartera de Servicios para Establecimientos Hospitalarios y Cartera de Servicios para Establecimientos Privados en Convenio.

3.3 MAPA DE DERIVACION DEL SERVICIO DE SALUD

La construcción del Mapa de Derivación, es la representación gráfica del tránsito del usuario por los distintos Establecimientos de la Red Asistencial y debe considerar, en primer lugar, la derivación dentro del mismo Servicio de Salud, incluyendo los Establecimientos privados en convenio.

En el Cuadro 1 del Anexo N°7 “Mapa de Derivación²⁵”, se presenta la propuesta de Mapa de Derivación dentro del mismo Servicio de Salud, en el cual se sugiere identificar por comuna, los Establecimientos de Atención Primaria y los Centros de Derivación del Nivel Secundario del Servicio de Salud correspondiente (incluyendo Centros en Convenio del Servicio de Salud), señalando el nombre oficial de cada Establecimiento, desde atención primaria a los de mayor nivel de resolutivez.

Posteriormente se deben identificar para cada Establecimiento al que se deriva, los tipos de Consultas, de Intervenciones Quirúrgicas y Procedimientos, de acuerdo a los Anexos N° 2, 3 y 4.

Aquellas demandas que no tienen oferta dentro del Servicio mismo, pero sí en Establecimientos de otros Servicios de Salud o Centros Privados, se sugiere registrarlas en el formato del Anexo N°7 “Mapa de Derivación” en el Cuadro 2 “Centros de Derivación a Red Externa²⁶”, representando aquellas Redes GES, Redes de Alta Complejidad y otras que están determinadas y son conocidas por quienes derivan y quienes reciben dichas derivaciones.

Se deben identificar los Establecimientos de la misma manera como en el cuadro anterior, con nombres oficiales, ya sea para los Establecimientos Derivadores, de Atención Primaria y Establecimientos del Servicio de Salud, como también para los Centros de la Red Externa de otros Servicios de Salud, que reciben estas derivaciones.

Para los demás problemas de salud que no tienen oferta en el mismo Servicio y no corresponden a Redes conocidas como las mencionadas anteriormente, deben quedar explicitadas en el documento final y serán motivo de un trabajo posterior. Ejemplo: Cirugía de Pectum Excavatum.

La construcción del Mapa de Derivación debe contemplar además, las alternativas de atención que permitan resolver las necesidades del usuario de manera oportuna, en momentos que se altere el funcionamiento regular de la red establecida, por ejemplo eventos catastróficos de la naturaleza, ausencia de recurso humano, fallas de equipamiento, etc.

Un proceso relevante es la difusión de los Mapas de Derivación a toda la Red, así como la actualización permanente y la flexibilidad para el cambio.

25 Ver Anexo N°7: Mapa de Derivación, Cuadro 1.

26 Ver Anexo N°7: Mapa de Derivación, Cuadro 2.

En el caso de los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia, éstos deben ser adaptados a la realidad local y consensuados en ella, no así las Guías de Práctica Clínica, ya que corresponden a la revisión de la mejor evidencia disponible para enfrentar determinados problemas de salud. En ambos casos, se requiere seguimiento y evaluación sistemática de su cumplimiento.

3.4 IMPLEMENTACION DE LA RED ASISTENCIAL DISEÑADA O REDISEÑADA

Una vez construido el Diseño/Rediseño de la Red, que contiene el análisis de la Demanda - Oferta, la Articulación entre los Componentes, la Cartera de Servicios y el Mapa de Derivación del Servicio de Salud estudiado, corresponde elaborar un Plan de Implementación que considere todos los elementos descritos en el documento.

Este Plan de Implementación debe ser creado y realizado por el Equipo de Diseño/Rediseño de la Red del Servicio de Salud.

El Gestor de la Red liderará el trabajo de este Equipo, cuya finalidad en esta etapa, será implementar los cambios en el funcionamiento actual de la Red, involucrando a todos los actores de la misma (usuarios internos, externos, intersector, red social).

Es conveniente asignar y/o consensuar roles y responsabilidades dentro del Equipo conformado, de manera de compartir la tarea.

Para preservar el orden y resguardar la consecución de las etapas del proceso, se sugiere elaborar un Cronograma de Trabajo, de manera de comprometer resultados o productos intermedios y finales, facilitando el monitoreo.

A continuación se proponen algunos aspectos a considerar:

1. Consensuar el Mapa de Derivación de la Red, diferenciando los Establecimientos según grado de resolutivez.
2. Establecer reglas con elementos definidos y conocidos por todos, como la forma de entrar a una red, la forma de circular por ella, la forma de salir de ella y la función de cada involucrado, ya que estos acuerdos constituyen el Sistema de Referencia y Contrarreferencia.
3. Disminuir la variabilidad de interpretación para que todas las personas entiendan lo mismo, considerando que el funcionamiento en red establece procesos que trascienden a cada una de las instituciones y/o Establecimientos.
4. Dar a conocer el resultado de los análisis realizados, al contrastar la demanda con la oferta disponible y su representación en el Mapa de Derivación, debiendo ser validado por toda la Red Asistencial.
5. Existencia de un Sistema de Información de la Red, que permita mantener la información actualizada, consolidada e integrada, velando por la calidad del registro, el procesamiento y análisis de la información, identificando las fuentes de información y los responsables de la misma.

6. El Equipo de Trabajo, debe dedicar tiempo a la Gestión de los posibles Cambios que se requieren, esclareciendo los nodos críticos y las estrategias de solución, para ir construyendo la imagen futura entre todos los participantes de la Red. Es clave plantear la gestión del cambio como un proceso para llegar a la satisfacción con el cambio, dado que si se trata de readecuación de recursos humanos en los Establecimientos puede, en un comienzo, generar resistencia.
7. Validación en una instancia formal y representativa, como lo es el Consejo de Integración de la Red Asistencial (CIRA), mecanismo formal, donde están representados todos los prestadores de la Red y tienen la función de asesorar en la optimización de la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo de la Red.

3.5 EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD DE LA RED

La evaluación es un proceso imprescindible que debe realizarse desde los enfoques de proceso, resultado e impacto, considerando que este último es medible en el largo plazo.

Evaluar la funcionalidad de la Red Asistencial, requiere establecer los ámbitos relevantes de medición y la forma en la cual abordar los procesos, productos intermedios y finales, para lograr los objetivos, a través de indicadores.

Los ámbitos más relevantes a evaluar como resultante de la funcionalidad del Diseño/Rediseño de la Red son: acceso, oportunidad, calidad, atención integral, resolutivez y satisfacción usuaria.

Cada uno de estos ámbitos, puede medirse de manera separada o combinarlos a través de un indicador que sea trazador de la funcionalidad y que en los procesos intermedios, que deben cumplirse para lograr el resultado satisfactorio del indicador, se evalúen simultáneamente uno o más elementos relevantes.

Para efectos de evaluar la funcionalidad de la Red se ha considerado la **Pertinencia de la Referencia** desde la Atención Primaria a Atención de Especialidades, ya que el resultado de una pertinencia adecuada es consecuencia de productos intermedios de articulación entre Establecimientos, que se relacionan directamente con el Diseño/Rediseño de la Red, a través de la construcción de Mapas de Derivación de Especialidades entre Componentes de la Red Asistencial y Protocolos de Referencia y Contrarreferencia, consensuados y validados en instancias de participación del Servicio de Salud.

Esta Pertinencia de la Referencia deberá asegurar la obtención de prestaciones de manera oportuna, con calidad e idealmente resolutivas. Esto deberá ser monitoreado incorporando instrumentos validados de Satisfacción Usuaria.

Se deben reconocer distintos ámbitos de pertinencia, que pueden clasificarse en tres niveles:

1. Pertinencia Macro o General, que mide si es necesaria la derivación a una especialidad determinada.

2. Pertinencia de la Referencia a Especialidad, que mide si la especialidad a la cual se efectuó la derivación, es correcta o no, según los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia o Mapa de Derivación establecidos y validados, incorporando los plazos en que debe otorgarse la prestación.
3. Pertinencia Diagnóstica, que mide si es equivalente el diagnóstico de derivación con el diagnóstico planteado por el especialista.

Se entenderá por Pertinencia en la Referencia a Especialidad, lo siguiente:

“Derivación que cumple con los protocolos de referencia que resguardan el nivel de atención, bajo el cual el paciente debe resolver su problema de salud, siendo el motivo de derivación factible de solucionar en nivel de atención al que se deriva y considerando los plazos en que debe otorgarse la prestación”.

De acuerdo a lo anterior la pertinencia se evaluará en dos ámbitos:

- Derivación de acuerdo a protocolos, esto quiere decir si la derivación corresponde ser resuelta en nivel de especialidad.
- Atención en el plazo definido en protocolos

Es importante destacar que este sistema de monitoreo de funcionalidad de la Red que incluye la Pertinencia de la Referencia y la medición de la Satisfacción Usuaría están estrechamente relacionados con los lineamientos de largo plazo del Sistema de Salud, ya que forma parte de la Estrategia Nacional de Salud para el Cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la década 2011-2020, dentro del objetivo estratégico de Fortalecer la Institucional del Sector Salud.

La inexistencia de Mapas de Derivación de Especialidades y Protocolos de Referencia y Contrarreferencia o su aplicación inadecuada se traduce en una pérdida de oferta por desviación de atenciones que debieran resolverse en un nivel de atención distinto al de destino o en los plazos acordados.

A su vez, como una manera de establecer un seguimiento sistemático de la implementación del Diseño/Rediseño de la Red y del monitoreo de los Objetivos Sanitarios, se propone que la **Pertinencia de la Referencia y la Satisfacción Usuaría** asociada, se evalúen a través de un Compromiso de Gestión con los Servicios de Salud a partir del año 2012, de acuerdo a lo siguiente:

	Objetivo	Indicador	Fórmula de Cálculo
2012	Establecer Medición de Línea Base de la Pertinencia en la Referencia a Especialidad en todos los Establecimientos de Mayor y Mediana Complejidad	Porcentaje de Especialidades de Establecimientos de Mayor y Mediana Complejidad con medición de línea base de pertinencia en la referencia desde Atención Primaria hacia Atención de Especialidad	$(\text{N}^{\circ} \text{ de Especialidades de Establecimientos de Mayor y Mediana Complejidad con medición de línea base de pertinencia en la referencia desde Atención Primaria hacia Atención de Especialidad} / \text{Total de Especialidades comprometidas de Establecimientos de Mayor y Mediana Complejidad}) * 100$
2013	Mejorar la Pertinencia en la Referencia desde Atención Primaria hacia Atención de Especialidad en los Establecimientos de Mayor y Mediana complejidad del país	Porcentaje de pertinencia en la referencia desde Atención Primaria hacia Atención de Especialidad, en derivación a especialidad y plazo establecido, según Mapa de Derivación	$(\text{N}^{\circ} \text{ de referencias desde Atención Primaria hacia Atención de Especialidad que son pertinentes de acuerdo a protocolo de derivación} / \text{N}^{\circ} \text{ total de referencias desde Atención Primaria hacia Atención de Especialidad}) * 100$ $(\text{N}^{\circ} \text{ de referencias desde Atención Primaria hacia Atención de Especialidad que son pertinentes de acuerdo a tiempo de atención definido en protocolo} / \text{N}^{\circ} \text{ total de referencias desde Atención Primaria hacia Atención de Especialidad}) * 100$

Durante el año 2011 se realizó un Piloto de Medición de Pertinencia en dos Servicios de Salud de la Región Metropolitana, que validó los instrumentos de medición y por esto, los Establecimientos deben usar la Hoja de Estadística que en conjunto con el DEIS se elaboró para dichos efectos, sin perjuicio de utilizar la Hoja de Estadística actual, siempre y cuando se agreguen los campos de registro de pertinencia de especialidad y plazos, de acuerdo al Mapa de Derivación que se establezca para la especialidad a medir.

Considerando los compromisos de gestión ya mencionados, se espera lograr el Objetivo 7 de la Estrategia Nacional de Salud, referido específicamente al tema de Gestión Asistencial, cuya meta es "aumentar el porcentaje de pertinencia en la referencia entre componentes de los Servicios de Salud a 50% al año 2015 y 80% al año 2020.

De acuerdo a lo anterior, la evaluación de la pertinencia, dentro del Diseño/Rediseño de la Red de cada Servicio de Salud, debe considerar que, los Servicios presentan distintos avances, por lo que al igual que los demás procesos de Diseño/Rediseño, la aplicación de indicadores, debe ser mirado integralmente, esto quiere decir que:

- Se midan los procesos intermedios críticos para lograr resultados satisfactorios, como la implementación de Mapas de Derivación por Especialidad y los Protocolos de Referencia y Contrarreferencia consensuados y validados por la Red.
- Se midan resultados, como la identificación de la línea base y el avance porcentual sostenido de la Pertinencia.
- Se obtenga información, oportuna, de calidad y validada.
- Se disponga de sistemas de recolección sencillos y fáciles de implementar, cuyos costos sean menores al beneficio que significa la evaluación.

ANEXOS

ANEXO 1: Glosario

Cartera de Servicios: es el resultado de las distintas líneas de producción de servicios que posee el Establecimiento o la Red, generadas a partir de los diferentes procesos productivos que ocurren en el o los establecimientos.

Capacidad Resolutiva: es la capacidad que tiene un establecimiento de Salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención, dependiendo de la oferta optimizada y entregando los elementos diagnósticos y terapéuticos que correspondan.

Cobertura: es la proporción de personas con necesidades de servicios, que reciben atención para tales necesidades, en un tiempo determinado.

Complejidad: se refiere al tipo de interacciones que se producen en los diferentes tipos de atenciones de acuerdo a los énfasis y a los actores. Eso lleva a tener que desarrollar herramientas y competencias específicas según el tipo de complejidades a las que se enfrente.

Complejidad Social: es la complejidad que caracteriza a las sociedades humanas, que se concreta cuando el ser humano modifica su entorno, a menudo de manera profunda, creando un ecosistema social humano.

Componente: corresponde a los Establecimientos y diferentes dispositivos que entregan prestaciones de salud, que forman parte de una Red. Cada uno de estos componentes debe conocer y entregar su cartera de servicios y ponerla al servicio de la Red.

Coefficientes Técnicos: corresponde a la cantidad de prestaciones de salud requeridas técnicamente, para resolver una patología específica. En otras palabras, son la expresión de la proporcionalidad con que se combinan las prestaciones sanitarias para la resolución de una demanda de atención, pudiendo calcularse desde lo observado en períodos precedentes. No obstante los coeficientes así obtenidos deben ser analizados críticamente. Ejemplo de coeficientes técnicos son: n° de controles anuales por cada consulta nueva de especialidad, n° de procedimientos ambulatorios por cada consulta nueva de especialidad, n° promedio de días cama por egreso, etc.

Coordinación: es una actividad reguladora o de ordenación sobre varios elementos, con el objetivo de que distintas actividades sigan una misma secuencia, se orienten a los mismos objetivos, o se eviten conflictos entre ellas. El trabajo de coordinación debe ser una estrategia

vinculatoria, de articulación e intercambio hacia una tarea en común. Mantiene identidad de los participantes, promueve la sinergia y complementariedad, su intención es aunar esfuerzo, evitar duplicaciones, alcanzar mayor capacidad resolutoria, eficacia y eficiencia.

Dinamismo: es una característica del trabajo en Red y dice relación con la capacidad de innovar, de producirse a sí misma y recrearse continuamente. La gerencia moderna denomina “organizaciones inteligentes” a las que entre otros aspectos se caracterizan por estar en constante aprendizaje y en continuo perfeccionamiento. Esto implica que las innovaciones las introducen responsablemente y tanto los gestores como los integrantes de la Red se mantienen atentos a detectar los errores que puedan estar cometiéndose en los procesos de innovación, corrigiéndolos oportunamente. Para esto se cuenta con métodos de monitoreo y sistemas de evaluación que permiten retroalimentar los procesos para su redireccionamiento y perfeccionamiento.

Estándares de Rendimiento: determinan lo que se debe realizar como óptimo de producción y puede ser fijado de acuerdo a promedios o condiciones históricas. En otras palabras, corresponde a los recursos necesarios para la realización de una actividad se combinan en una determinada proporcionalidad, entre ellos se distingue un recurso principal o recurso nuclear y es el recurso que calculamos en primer término, por ej. Una consulta de especialidad se realiza con “hora médica especialista”, no obstante se debe incluir una proporción de tiempo de otros personales, una proporción de insumos, y de equipos, etc.

Niveles de Complejidad Técnica: se define en función del desarrollo de especialidades y está relacionado con la capacitación y desarrollo de su personal, equipamiento e infraestructura.

Proceso: es el conjunto de fases sucesivas de un fenómeno en un lapso de tiempo. Se refiere al cambio de estado, desde un estado inicial hasta un estado final. Conocer el proceso significa conocer las interacciones experimentadas por el sistema mientras está en comunicación con su medio o entorno. El Diseño de Redes conlleva varios procesos de atención y de gestión y la trayectoria o ruta de estos procesos, es la sucesión de estados que ha recorrido la Red.

Procesos Claves: son aquellos procesos que inciden de manera significativa en los objetivos estratégicos y corresponden a los procesos clínicos asistenciales. Siempre a los procesos claves, se les debe asociar procesos estratégicos y de soporte.

Rediseño de la Red Asistencial: son aquellas Redes Asistenciales que como consecuencia del proceso metodológico de Diseño/Rediseño de la Red Asistencial, presenta un Mapa de Derivación de su Red Asistencial, que se diferencia de aquel que existía antes del análisis del Diseño de Red, pudiendo presentar la optimización de los recursos actuales o de la articulación entre los componentes de la Red, incorporar necesidades de inversión en proyectos futuros y/o incorporar proyectos aprobados.

Vínculos: son los enlaces que se establecen entre los componentes de la Red. La calidad de las Redes se fortalece por la profundidad, solidez y fluidez de los vínculos. Cuando se activa una Red Asistencial, ocurren múltiples interacciones que permiten que los usuarios satisfagan sus necesidades.

ANEXO 2: Listado de Especialidades, Sub-Especialidades Médicas y Odontológicas

Tabla 1: Especialidades y Sub-especialidades Médicas

Pediatría	Cirugía Infantil
Medicina Interna	Cirugía Adulto
Neonatología	Cirugía Abdominal
Broncopulmonar	Cirugía de Mamas
Cardiología	Cirugía Máxilo Facial
Endocrinología	Cirugía Plástica
Gastroenterología	Cirugía Proctológica
Genética	Cirugía Tórax
Hematología	Cirugía Vascul ar Periférica
Nefrología	Neurocirugía
Nutrición	Cardiocrugía
Reumatología	Anestesiología
Dermatología	Obstetricia
Enfermedades de Transmisión Sexual	Ginecología
Geriatría	Oftalmología
Medicina Física y Rehabilitación	Otorrinolaringología
Neurología	Salud Ocupacional
Oncología	Traumatología
Psiquiatría	Urología
Infectología	Medicina Familiar

Tabla 2: Especialidades Odontológicas[1]

Cirugía Bucal	Ortodoncia
Cirugía y Traumatología Máxilo Facial	Periódoncia
Endodoncia	Rehabilitación: Prótesis Fija
Odontopediatría	Rehabilitación: Prótesis Removible
Operatoria	Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial
Odontología Indiferenciado	

1 Ministerio de Salud, Chile. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. "Manual de Instrucciones Resumen Estadístico Mensual 2008 - SERIE A". REM-07: Atención Médica de Especialidades, <http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/rem2008.asp>. A esta definición de la consulta médica, se agregó el concepto de consulta odontológica.

[1] Ministerio de Salud, Chile. Departamento de Estadísticas e Información en Salud. "Manual de Instrucciones Resumen Estadístico Mensual 2008 - SERIE A". REM-09: Atención de Salud Odontológica, Sección I: Ingresos y Egresos a Tratamientos en Establecimientos de Especialidades. <http://deis.minsal.cl/deis/salidas06/rem2008.asp>.

ANEXO 3: Listado de Procedimientos

TABLA PROCEDIMIENTOS	
CODIGO	NOMBRE
	ULTRASONOGRAFÍA
04-04-118	Ecotomografía vascular periférica (bilateral), (equipos con doppler)
04-04-119	Ecotomografía carotidea bilateral , (equipos con doppler)
04-04-120	Ecotomografía transcraneal, con doppler
04-04-121	Ecotomografía visceral abdominal, con doppler
04-04-122	Ecotomografía doppler de vasos placentarios, con doppler
	EXÁMENES DE MAMA
04-01-010	Mamografía bilateral (4 exp.)
04-01-110	Mamografía unilateral (2 exp.)
04-04-012	Ecotomografía mamaria
	TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTADA
04-03-001	TAC cerebro
	RESONANCIA MAGNÉTICA (incluye medio de contraste)
04-05-001	Cráneo-cerebro
04-05-002	Silla turca
04-05-003	Orbitas
04-05-004	Articulaciones tèmpero maxilar
04-05-005	Columna cervical
04-05-006	Columna dorsal
04-05-007	Columna lumbar
04-05-008	Angiografía por resonancia
04-05-098	Colangiorensonancia
	I.- EXÁMENES RADIOLÓGICOS
	A.- EXÁMENES RADIOLÓGICOS SIMPLES
04-01-001	Sialografía (4 exp.)
	CUELLO
04-01-002	Partes blandas; laringe lateral; cavum rinofaríngeo (rinofarinx). c/u.(1 exp.)
	TÓRAX
04-01-004	Tórax, proyección complementaria en el mismo examen (oblicuas, selectivas u otras), c/u (1 exp.)
04-01-006	Estudio radiológico de corazón (incluye fluoroscopia, telerradiografías frontal y lateral con esofagograma)
04-01-008	Tórax, radiografía con equipo móvil fuera del departamento de rayos, cada proyección (1 o más exp.)
04-01-009	Tórax simple (frontal o lateral) (incluye fluoroscopia) (1 proy.) (1 exp. panorámica).
04-01-070	Tórax (frontal y lateral) (incluye fluoroscopia) (2 proy. panorámicas) (2 exp.)
	GLÁNDULAS MAMARIAS
04-01-010	Mamografía bilateral (4 exp.)
04-01-110	Mamografía unilateral (2 exp.)
04-01-130	Proyección complementaria de mamas (axilar u otras), c/u

04-01-011	Marcación preoperatoria de lesiones de la mama (4 exp.)
04-01-012	Radiografía de mama, pieza operatoria (1 exp.)
	ABDOMEN
04-01-013	Abdomen simple (1 proyección) (1 exp.) (con equipo estático o móvil)
04-01-014	Abdomen simple, proyección complementaria en el mismo examen (1 exp.)
	APARATO DIGESTIVO
04-01-015	Colangiografía intra o postoperatoria (por sonda T, o similar)
04-01-018	Enema baritada del colon (incluye llene y control postvaciamiento; 8-10 exp.)
04-01-019	Enema baritada del colon o intestino delgado, doble contraste (12 exp.)
04-01-020	Esófago simple (incluye pesquisa de cuerpo extraño) (proc.aut.) (6 exp.)
04-01-021	Esófago, estómago y duodeno, doble contraste (15 exp.)
04-01-022	Estudio de deglución faríngea (6 exp.)
04-01-023	Estudio intestino delgado (6 exp.)
04-01-024	Esófago, estómago y duodeno, simple en niños (8 exp.)
	APARATO UROGENITAL
04-01-027	Pielografía de eliminación o descendente: incluye renal y vesical simples previas, 3 placas post inyección de medio de contraste, controles de pie y cistografía pre y post miccional. (7 a 9 exp.)
04-01-028	Renal simple (proc. aut.) (1 exp.)
04-01-029	Vesical simple o perivesical (proc. aut.) (1 exp.)
	CRANEO
04-01-030	Agujeros ópticos, ambos lados (2 proy.) (2 exp.)
04-01-031	Cavidades perinasales, órbitas, articulaciones temporomandibulares, huesos propios de la nariz, malar, maxilar, arcocigomático, cara , cada una (2 exp.)
04-01-032	Cráneo frontal y lateral (2 exp.)
04-01-033	Cráneo, cada proyección especial: axial, base, Towne, tangencial, etc. (1 exp.)
04-01-034	Globo ocular, estudio de cuerpo extraño (4 exp.)
04-01-035	Oído, uno o ambos (2-4 proy.) (2-4 exp.)
04-01-040	Silla turca frontal y lateral (2 exp.)
	COLUMNA VERTEBRAL
04-01-042	Columna cervical o atlas-axis (frontal y lateral) (2 exp.)
04-01-043	Columna cervical (frontal, lateral y oblicua) (4 proy.) (4 exp.)
04-01-044	Columna cervical funcional adicional (2 exp.)
04-01-045	Columna dorsal o dorsolumbar localizada, parrilla costal adultos (frontal y lateral) (2 exp.).
04-01-046	Columna lumbar o lumbosacra (ambas incluyen quinto espacio) (3-4 exp.)
04-01-047	Columna lumbar o lumbosacra funcional (2 exp.)
04-01-048	Columna lumbar o lumbosacra, oblicuas adicionales (2 exp.)
04-01-049	Columna total o dorsolumbar, panorámica con folio graduado (1 proy.) (1 exp.)
04-01-051	Pelvis, cadera o coxofemoral,c/u (1 exp.).
04-01-151	Pelvis, Cadera o Coxofemoral de RN, Lactante o niño menor de 6 años, c/u (1 exp.)
04-01-052	Pelvis, cadera o coxofemoral, proyecciones especiales; (rotación interna, abducción, lateral, Lawenstein u otras) c/u (1 exp.)
04-01-053	Sacrocoxis o articulaciones sacroilíacas, c/u (2-3 exp.)
	EXTREMIDADES
04-01-054	Brazo, antebrazo, codo, muñeca, mano, dedos, pie o similar (frontal y lateral) c/u. (2 exp.)
04-01-055	Clavícula (2 exp.)
04-01-056	Edad ósea : carpo y mano (1 exp.)
04-01-057	Edad ósea : rodilla (frontal) (1 exp.)

04-01-058	Estudio de escafoides
04-01-059	Estudio muñeca o tobillo (front.,lateral y oblicuas; 4 exp.)
04-01-060	Hombro, fémur, rodilla, pierna, costilla o esternón (frontal y lateral; 2 exp.), c/u
04-01-062	Proyecciones especiales oblicuas u otras en hombro, brazo, codo, rodilla, rótulas, sesamoideos, axial de ambas rótulas o similares, c/u
04-01-063	Túnel intercondíleo o radio-carpiano
	B.- EXAMENES RADIOLOGICOS COMPLEJOS
	GLANDULAS MAMARIAS
04-02-005	Galactografía, un lado (a.c. 20-01-012) (3 exp.)
	ABDOMEN
04-02-008	Colangiopancreatografía endoscópica (a.c.18-01-018; 5-7 exp)
04-02-009	Fistulografía (a.c. 18-01-020) (3 exp.)
	APARATO UROGENITAL
04-02-011	Histerosalpingografía (a.c. 20-01-013) (4 exp.; incluye prueba de Cotte tardía)
04-02-012	Pielografía ascendente (a.c. 19-01-015) (3 exp.)
04-02-014	Uretro y/o cistouretrografía miccional retrógrada (a.c. 19-01-016) (5 exp.)
	COLUMNA
04-02-015	Arthrografía facetaria
04-02-016	Discografía
	ARTICULARES
04-02-017	Neumoartrografía de cadera, hombro, codo, muñeca, etc., c/u (a.c. 21-01-002) (8 exp.)
04-02-018	Neumoartrografía de rodilla (a.c. 21-01-002) (14 exp.)
	CARDIOVASCULARES
04-02-019	Angiografía selectiva de carótida externa o interna (a.c 17-01-024)
04-02-020	Angiografía selectiva medular (a.c 17-01-024)
04-02-022	Angioplastia intraluminal coronaria. Procedimiento radiológico. (a.c.17-01-031)
04-02-023	Angioplastia intraluminal periférica. Procedimiento radiológico. (a.c. 17-01-032)
04-02-024	Aortografía con AOT o cineangiografía (a.c. 17-01-022)
04-02-025	Arteriografía de cada extremidad, (a.c.17-01-023)
04-02-027	Arteriografía selectiva con AOT o cineangiografía (pulmonar, renal, tronco celíaco o similar) c/u. (a.c. 17-01-024)
04-02-029	Arteriografía Carótida vertebral por cateterización (de la subclavia axilar, humeral o femoral) (a.c. 11-01-013)
04-02-030	Cinecoronariografía (a.c. 17-01-019)
04-02-031	Embolización o balonización (a.c. de la angiografía correspondiente) (incluye control radiológico inmediato)
04-02-032	Instalación de catéter o sonda intracardíaca, control por radiólogo de (a.c. 17-01-020, 17-01-021, 17-01-011 o 17-01-014, según corresponda)
04-02-033	Ventriculografía derecha y/o izquierda (a.c. 17-01-011, 17-01-020 ó 17-01-021 ó 17-01-041 ó 17-01-42 ó 17-01-43, según corresponda)
	FLEBOGRAFÍAS
04-02-035	Cavografía (a.c. 17-01-025)
04-02-038	Flebografía extremidad inferior o superior, un lado (a.c. 17-01-026) cada extremidad.
04-02-040	Flebografía orbitaria o yugular (a.c. 11-01-015, 11-01-018 o 12-01-028 según corresponda), c/u
04-02-041	Flebografía selectiva (suprarrenal y similares) (a.c. 17-01-027)
	MIELOGRAFÍAS

04-02-050	Mielografía por punción lumbar con contraste hidrosoluble (a.c. 11-01-025)
	II.- TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA (TAC)
04-03-001	Cerebro (30 cortes 8-10 mm.)
04-03-002	Silla turca e hipófisis (20 cortes 2 mm)
04-03-003	Angulo ponto cerebeloso (40 cortes 2mm.)
04-03-004	Cortes coronales complementarios (10 cortes 2, 4 y 8 mm.)
04-03-006	Temporal-oido (incluye coronales) (40 cortes 2mm.)
04-03-007	Orbitas maxilofacial (incluye coronales) (40 cortes 2-4 mm.)
04-03-008	Columna cervical (4 espacios - 5 vértebras) (40 cortes 2mm.)
04-03-009	Columna dorsal o lumbar (3 espacios - 4 vértebras) (30 cortes 2-4mm.)
04-03-010	Cada espacio adicional (10 cortes 2-4 mm.)
04-03-012	Cuello, partes blandas (30 cortes, 4-8 mm.)
04-03-013	Tórax total (30 cortes 8-10 mm.)
04-03-014	Abdomen (hígado, vías y vesícula biliar, páncreas, bazo, suprarrenales y riñones) (40 cortes 8-10 mm.)
04-03-016	Pelvis (28 cortes, 8-10 mm.)
04-03-017	Extremidades, estudio localizado (30 cortes 2-4 mm.)
04-03-101	Angiotac de Cerebro
04-03-102	Angiotac de Torax
04-03-103	Angiotac de Abdomen
	III.- ULTRASONOGRAFÍA
	A.- EQUIPOS SIMPLES
04-04-002	Ecografía obstétrica
	B.- EQUIPOS DE MEDIANA A ALTA RESOLUCION
04-04-003	Ecotomografía abdominal (incluye hígado, vía biliar, vesícula, páncreas, riñones, bazo, retroperitoneo y grandes vasos)
04-04-004	Ecotomografía como apoyo a cirugía, o a procedimiento (de tórax, muscular, partes blandas, etc.)
04-04-005	Ecotomografía transvaginal o transrectal
04-04-006	Ecotomografía ginecológica, pelviana femenina u obstetrica con estudio fetal
04-04-007	Ecotomografía transvaginal para seguimiento de ovulación, proc. completo (6-8 sesiones)
04-04-008	Ecotomografía para seguimiento de ovulación, procedimiento completo (6 a 8 sesiones)
04-04-009	Ecotomografía pélvica masculina (incluye vejiga y próstata)
04-04-010	Ecotomografía renal (bilateral), o de bazo
	C.- EQUIPOS DE ALTA RESOLUCION.
04-04-011	Ecotomografía cerebral (R.N. o lactante)
04-04-012	Ecotomografía mamaria bilateral
04-04-013	Ecotomografía ocular bidimensional, uno o ambos ojos.
04-04-014	Ecotomografía testicular (uno o ambos)
04-04-015	Ecotomografía tiroidea
04-04-016	Ecotomografía vascular periférica, articular o de partes blandas
	D.- EQUIPOS CON DOPPLER.
04-04-118	Ecotomografía vascular periférica (bilateral)
04-04-119	Ecotomografía carotidea bilateral
04-04-120	Ecotomografía transcraneal
04-04-121	Ecotomografía abdominal o de vasos testiculares
04-04-122	Ecotomografía doppler de vasos placentarios

	IV.- RESONANCIA MAGNÉTICA (incluye medio de contraste)
04-05-001	Cráneo-cerebro
04-05-002	Silla turca
04-05-003	Orbitas
04-05-004	Articulaciones témporo maxilar
04-05-005	Columna cervical
04-05-006	Columna dorsal
04-05-007	Columna lumbar
04-05-008	Angiografía por resonancia
04-05-009	Torax
04-05-010	Abdomen Total
04-05-011	Pelvis
04-05-012	Abdomen+Pelvis
04-05-098	Colangiorensonancia
	MEDICINA NUCLEAR Y RADIOTERAPIA
	I.- MEDICINA NUCLEAR
	1.- ESTUDIOS ENDOCRINOLÓGICOS
05-01-100	Captación I-131 a las 2 y/o 24 horas
05-01-101	Cintigrafía tiroidea, cualquier radioisótopo
05-01-102	Cintigrafía glándulas paratiroides (no incluye MIBI)
	2.- ESTUDIOS OSTEOARTICULARES
05-01-103	Cintigrafía ósea completa planar o médula ósea (a.c. 0501133, cuando corresponda)
05-01-104	Cintigrafía ósea trifásica (incluye mediciones fase precoz y tardía)
	3.- ESTUDIOS CARDIOVASCULARES
05-01-105	Spect cardíaco stress y reposo (no incluye honorarios médico card�ologo)
05-01-106	Ventriculografía cardíaca isotópica
05-01-107	Pool sanguíneo, arteriografía isotópica c/u
05-01-108	Linfocintigraf�a isotópica (no incluye procedimiento)
05-01-109	Pool sanguíneo spect
	4.- ESTUDIOS DIGESTIVOS
05-01-110	Cintigrafía glándulas salivales o dacriocintigraf�a
05-01-111	Estudio motilidad esofágica y/o reflujo gastroesofágico
05-01-112	Vaciamiento gástrico líquido o sólido
05-01-113	Cintigrafía vesícula y vía biliar
05-01-114	Detección de sitio de sangramiento digestivo con glóbulos rojos marcados
05-01-115	Detección divertículo Meckel
05-01-116	Spect hepatoesplénico, evaluación hemangioma o hiperplasia (incluye mediciones fase precoz y tardía)
	5.- ESTUDIOS NEFROUROL�GICOS
05-01-117	Cintigrafía renal con D.M.S.A.
05-01-118	Estudio dinámico renal con Tc 99 - DTPA
05-01-119	Estudio dinámico renal con Tc 99 - MAG 3
05-01-120	Cistograf�a isotópica indirecta
05-01-121	Cistograf�a isotópica directa, a.c. 19-01-022
	6.- ESTUDIOS PULMONARES
05-01-122	Cintigrafía pulmonar perfusión o ventilación o difusión, c/u
05-01-123	Cintigrafía y estudio aspiración pulmonar

	7.- ESTUDIOS SISTEMA NERVIOSO CENTRAL
05-01-124	Spect cerebral de perfusión (no incluye radiofármaco)
05-01-125	Estudio dinámico sistema nervioso (radiocisternografía, fístula L.C.R, radioventriculografía, control válvula derivativa, sub-durografía isotópica), c/u (no incluye procedimiento).
	8.- ESTUDIOS DE INFECCIONES
05-01-126	Cintigrafía evaluación infecciones (leucocitos, infecton, granulocitos u otros) (no incluye radiofármaco ni procedimiento).
05-01-127	Cintigrafía con galio-67 planar infección (no incluye radioisótopo) (a.c. 0501133, cuando corresponda)
	9.- ESTUDIOS ONCOLÓGICOS
05-01-128	Detección y/o marcación de ganglio centinela, no incluye, punción ni detección con gammaprobe
05-01-129	Cintigrafía con galio-67 planar y Spect, para estudio de tumores (no incluye radioisótopo)
05-01-130	Exploración sistémica con I-131 (incluye mediciones fase precoz y tardía)
05-01-131	Estudio glándulas mamarias (mamocintigrafía) (no incluye MIBI)
05-01-132	Estudio de tumores (anticuerpos monoclonales, octreoscan, DMSA pentavalente, prostacint u otros) (no incluye radioisótopo)
05-01-133	Spect - Tomografía por emisión foton único, cualquier órgano (no incluye radioisótopo)
	10.- DENSITOMETRÍA OSEA
05-01-134	Densitometría ósea a fotón doble, columna y cadera (unilateral o bilateral) o cuerpo entero
	B.- PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS.
	RADIOISOTOPOS (no incluye procedimiento médico)
05-02-001	Dosis terapéuticas con I-131 hasta 30 mCi.
05-02-002	Dosis terapéuticas con I-131 entre 31 a 100 mCi.
05-02-003	Dosis terapéuticas con I-131 entre 101 a 200 mCi.
05-02-004	Dosis terapéuticas con I-131 entre 201 a 300 mCi.
05-02-005	Terapia paliativa del dolor con radioisótopos (no incluye radiofármaco)
	BRAQUITERAPIA
05-03-001	Endocavitaria o intersticial (radium, cesio o iridium)
05-03-003	Superficial (estroncio)
	RADIOTERAPIA CON ACELERADOR LINEAL DE ELECTRONES
05-04-001	Radioterapia, cáncer de esófago pre o postoperatorio
05-04-002	Radioterapia, cáncer de esófago sin intervención quir.
05-04-003	Radioterapia, cáncer de mama sin intervención quir.
05-04-004	Radioterapia, cáncer de mama, trat. Postoperatorio (tumorectomía; mastectomía parcial, total o radical)
05-04-005	Radioterapia, cáncer de órganos de abdomen y/o pelvis, excepto útero
05-04-006	Radioterapia, cáncer de órganos de cabeza y/o cuello
05-04-007	Radioterapia, cáncer de piel
05-04-008	Radioterapia, cáncer de pulmón o esófago torácico
05-04-009	Radioterapia, cáncer de testículo
05-04-010	Radioterapia, cáncer uterino (cuello y/o endometrio)
05-04-011	Radioterapia, Leucemia tratamiento de
05-04-012	Radioterapia, linfoma maligno irradiación ganglionar total
05-04-013	Radioterapia, linfomas malignos, trat. Parcial.
05-04-014	Radioterapia, paliativo en cáncer metastásico (cualquier localización) (mínimo 2.500 rads. en cada zona anatómica simultánea)
05-04-015	Radioterapia, sarcoma óseo o de partes blandas

05-04-016	Radioterapia, tumores del sistema nervioso central
	TELECOBALTOTERAPIA
05-05-001	Telecobaltoterapia, cáncer de esófago pre o postoperatorio
05-05-002	Telecobaltoterapia, cáncer de esófago sin intervención quir.
05-05-003	Telecobaltoterapia, cáncer de mama, trat. postoperatorio (tumorectomía; mastectomía parcial, total o radical)
05-05-004	Telecobaltoterapia, cáncer de mama sin intervención quir.
05-05-005	Telecobaltoterapia, cáncer de órganos de abdomen y/o pelvis, excepto útero
05-05-006	Telecobaltoterapia, cáncer de órganos de cabeza y cuello
05-05-007	Telecobaltoterapia, cáncer de piel
05-05-008	Telecobaltoterapia, cáncer de pulmón o esófago torácico
05-05-009	Telecobaltoterapia, cáncer de testículo
05-05-010	Telecobaltoterapia, cáncer uterino (cuello y/o endometrio)
05-05-011	Telecobaltoterapia, leucemia, trat. de
05-05-012	Telecobaltoterapia, linfoma maligno irradiación ganglionar total
05-05-013	Telecobaltoterapia, linfomas malignos, trat. parcial
05-05-014	Telecobaltoterapia, paliativo en cáncer metastásico (cualquier localización) mínimo 2.500 rads en cada zona anatómica simultánea
05-05-015	Telecobaltoterapia, sarcoma óseo o de partes blandas
05-05-016	Telecobaltoterapia, tumores del sistema nervioso central
	ROENTGENTERAPIA.
05-06-001	Antiinflamatoria
05-06-002	Cáncer de piel
05-06-003	Paliativo en cáncer metastásico
	KINESIOLOGIA Y FISIOTERAPIA
	I.- PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS
06-01-001	Evaluación kinesiológica: muscular, articular, postural, neurológica y funcional (máximo 2 por tratamiento)
06-01-003	* Examen de la función muscular, c/dinamómetros o similares
	II.-PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS
	A.- FISIOTERAPIA
	A.1.TERAPIA CALORICA SUPERFICIAL
06-01-004	* Piscina temperada (incluye ejercicios) (proc.aut.)
06-01-005	* Radiación infrarroja, horno, baño parafina, compresas húmedas, c/u (proc.aut.)
06-01-006	* Tanque de Hubbard con ejercicios (hiper o hipo-termal sobre 1.000 lts de capacidad) (proc.aut.)
06-01-007	* Turbión, tanque con remolino (hiper o hipotermal,baño de contraste) (proc.aut.)
06-01-010	* Radiación ultravioleta localizada (proc.aut.)
	A.2.TERAPIA CALORICA PROFUNDA
06-01-008	* Laserterapia (proc.aut.)
06-01-009	* Onda corta (ultratermia), microondas, c/u (proc.aut.)
06-01-011	* Ultrasonido (proc.aut.)
	A.3.ELECTROTHERAPIA
06-01-012	* Analgesia transcutánea (TENS) (proc.aut.)
06-01-013	* Estimulación eléctrica (interferencial, diadinámicas, exponenciales, galvánica, faradica, ultraexcitante) (proc.aut.)
06-01-014	* Iontoforesis (proc.aut.)
06-01-015	* Retroalimentación neuromuscular (miofeedback) (proc.aut.)

	A.4 MECANOTERAPIA
06-01-016	* Compresión neumática (masaje compresivo) (proc.aut.)
06-01-027	* Tracción cervical y/o lumbar (mecánica o manual) (proc.aut.)
	B.- KINESITERAPIA
06-01-029	Atención kinesiología integral
06-01-017	* Ejercicios respiratorios y procedimientos de kinesiología torácica (ventilación pulmonar localizada, estimulación de la tos, bloqueos torácicos, vibraciones, percusiones y tapoteos) (proc.aut.)
06-01-028	* Entrenamiento Cardiorespiratorio (sesiones individuales, mínimo 30 minutos) (proc.aut.)
06-01-018	* Entrenamiento ergométrico con Treadmill o cicloergómetro (proc.aut.)
06-01-019	* Entrenamiento ortésico de gran incapacitado (proc.aut.)
06-01-020	* Entrenamiento protésico extremidades (proc.aut.)
06-01-021	* Manipulación osteopática (liberación articular, manipulación vertebral) (proc.aut.)
06-01-022	* Masoterapia, por sesión (proc.aut.)
06-01-023	* Orientación y entrenamiento de ciegos (reeducción postural, entrenamiento vicariante, desplazamiento) (proc.aut.)
06-01-024	* Reeducción motriz (ejercicios terapéuticos para recuperación muscular, capacidad de trabajo, coordinación, gimnasia ortopédica, reeducación funcional, de marcha) (individual y por sesión, mínimo 30 minutos) (proc.aut.)
06-01-025	* Técnicas de facilitación, técnicas de inhibición (Kabat y/o Bobath) (proc.aut.)
06-01-026	* Técnicas de relajación (entrenamiento autógeno Schultz - Jacobson o similar) (proc.aut.)
06-01-030	* Drenajes posturales bronquiales (proc.aut.)
06-01-031	Atención kinesiología integral, al enfermo hosp. en UTI o Intermedio (máx. 1 diaria)
	ENDOCRINOLOGIA.
10-01-001	Termografía (mamaria, tiroidea u otras) c/u.
	PRUEBAS FUNCIONALES.
10-01-002	De estimulación con glucagón, histamina o similar.
10-01-003	De estimulación de renina, furosemida o similar
10-01-004	De estimulación HGH en ergómetro.
10-01-005	De estimulación o frenación con ACTH, clomifeno, glucosa, GnRH, gonadotropinas, L-DOPA, metoclopramida, metopirona, TRH, THS, o similares, c/u.
10-01-006	De estímulo mineralocorticoideo y de respuesta vascular a angiotensina II ó III o similar.
10-01-007	De hipoglicemia con insulina o tolbutamida o similar.
10-01-008	De infusión prolongada de ACTH, arginina, GnRH o similar, c/u.
10-01-009	De privación acuosa, con o sin ADH
10-01-010	De regitina o similar
10-01-011	De sobrecarga de calcio
10-01-012	De sobrecarga hídrica
	ELECTROENCEFALOGRAMA
11-01-004	E.E.G. de 16 o más canales (incluye el cód. 11-01-006)
11-01-006	Electroencefalograma (E.E.G.) standard y/o activado "sin privación de sueño" (incluye mono y bipolares, hiperventilación, c/s reactividad auditiva, visual, lumínica, por drogas u otras). Equipo de 8 canales
	OFTALMOLOGIA
12-01-016	Angiografía de retina o de iris, (con fluoresceína
12-01-017	Angiografía de retina Angioscopia retinal y/o iris (con fluoresceína o similar)
	CARDIOLOGIA
17-01-007	Ecocardiograma Doppler, con registro (incluye cód. 17.01.008)

17-01-045	Ecocardiograma Doppler color
17-01-008	Eco cardiograma bidimensional (incluye registro modo M, papel fotosensible y fotografía), en adultos o niños (proc. aut.) Cinecoronariografía (pruebas hemodinámica)
17-01-019	Cinecoronariografía derecha y/o izquierda (incluye sondeo cardíaco izquierdo y ventriculografía izquierda)
	EXAMENES GASTROENTEROLOGICOS
18-01-001	Gastroduodenoscopia (incluye esofagoscopia)
18-01-003	Yeyuno-ileoscopia (incluye esofago-gastro-duodenoscopia)
18-01-006	Colonoscopia larga (incluye sigmoidoscopia y colonoscopia izquierda)
18-03-004	Biopsia quirurgica rectal (proc. aut.)
	UROLOGIA
19-01-003	Uretrocistoscopia Biopsia prostática
	GINECOLOGIA
20-01-002	Colposcopia
	BRONCOPULMONAR
17-07-002	Espirometría basal y con broncodilatador
17-07-021	Laringotraqueobroncoscopia con fibroscopio

Fuente: Arancel FONASA MLE, 2009.

www.fonasa.cl / SUCURSAL VIRTUAL/ Beneficiario/ Arancel Modalidad Libre Elección MLE/ MLE 2010/ Contiene Arancel MLE 2010 en Excel para impresión/ MLE_2010.xls[1].zip - archivo ZIP, Tamaño descomprimido 1.098.240 bytes

ANEXO 4 : Listado de Intervenciones Quirúrgicas

CODIGO	GRUPO
11-03-XXX	NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA
11-03-049	Hernia núcleo pulposo no GES
11-03-066	Síndrome del túnel Carpeano
12-02-XXX	CIRUGIA OFTALMOLOGICA
12-02-016	Chalazión y otros tumores benignos
12-02-026	Pterigión y/o pseudopterigión o su recidiva
12-02-063	Cataratas no ges
13-02-XXX	CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA
13-02-028	Adenoidectomía
13-02-029	Amigdalotomía c/s adenoidectomía
13-02-052	Rinoplastia y/o septoplastia, cualquier técnica
14-02-XXX	CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
14-02-001	Tiroidectomía
15-02-XXX	CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
16-02-XXX	DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS
16-02-011	Lipoma subcutáneo
16-02-012	Melanoma
16-02-019	Tumores benignos subcutáneos y/o quistes epidérmicos o mucosos
17-0X-XXX	CIRUGIA CARDIOVASCULAR
17-03-010	Puentes aorto - bifemoral
17-03-014	Endarterectomía
17-03-030	Safenectomía
17-04-037	Cirugía de quiste hidatídico sin resección pulmonar
18-0X-XXX	GASTROENTEROLOGIA
18-02-001	Hernias
18-02-028	Colecistectomía no ges
18-03-018	Hemorroidectomía
19-02-XXX	UROLOGIA Y NEFROLOGIA
19-02-005	Litiasis renal
19-02-003	Auto o heterotransplante
19-02-055	Adenoma de Próstata no GES
20-0X-XXX	GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
20-03-008	Miomectomía
20-03-023	Prolapso
21-0X-XXX	TRAUMATOLOGIA
21-04-128	Endoprótesis parcial de caderas c/s cementación (cualquier técnica) (no incluye prótesis)
21-04-228	Endoprótesis parcial de caderas c/s cementación (cualquier técnica) (incluye prótesis)
21-04-129	Endoprótesis total de cadera (no incluye prótesis)
21-04-229	Endoprótesis total de cadera (incluye prótesis) no ges

Fuente: Arancel FONASA MLE, 2009.

www.fonasa.cl / SUCURSAL VIRTUAL/ Beneficiario/ Arancel Modalidad Libre Elección MLE/ MLE 2010/ Contiene Arancel MLE 2010 en Excel para impresión/ MLE_2010.xls[1].zip - archivo ZIP, Tamaño descomprimido 1.098.240 bytes

ANEXO 5: Cartera de Servicios de Establecimientos de Atención Primaria

CARTERA DE SERVICIOS	
ACTIVIDADES POR CICLO VITAL	
MADRE Y NIÑO	Radiografías dental
Control prenatal Integral (Chile Crece Contigo)	Consulta y terapia psicológica y médica
Control de Binomio Madre -Niño (Chile Crece Contigo)	Psicoterapia individual y grupal
Control de regulación de fecundidad	Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas
Control de malnutrición	Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar
Control de enfermedades crónicas	Visita domiciliaria de salud mental
Control de salud del niño	Atención Infante Juvenil de Déficit Atencional con y sin Hipercinesia.
Control por déficit del desarrollo psicomotor (Chile Crece Contigo)	Consultoría Psiquiátrica Adultos
Control ginecológico preventivo	ADOLESCENCIA
Consulta morbilidad obstétrica	Control de salud
Consulta morbilidad ginecológica	Control crónico
Consulta nutricional	Control prenatal integral (Chile Crece Contigo)
Consulta social	Control de Binomio Madre-Niño (Chile Crece Contigo)
Consulta de morbilidad	Control de regulación de fecundidad
Consulta y/o consejería de salud mental integral	Control ginecológico preventivo
Consulta de lactancia materna	Consulta morbilidad
Consulta y Control Kinésico Respiratorio (Sala IRA)	Consulta morbilidad obstétrica
Consejería en salud sexual y reproductiva y ETS	Consulta morbilidad ginecológica
Educación grupal	Consulta y/o Consejería de Salud Mental Integral.
Educación a grupos de riesgo (Chile Crece Contigo)	Consulta social
Programa Nacional de Alimentación Complementaria	Consulta nutricional
Programa ampliado de inmunizaciones	Consulta y control kinésico Respiratorio
Examen Médico Preventivo del Adulto	Consejería en salud sexual y reproductiva
Examen de salud bucal	Consejería ITS (Infección de Transmisión Sexual)
Visita domiciliaria integral	Educación grupal (Chile Crece Contigo)
Evaluación del desarrollo psicomotor	Intervención Psicosocial Individual y Grupal
Estudio de Familia	Visita domiciliaria integral
Intervención Psicosocial Individual y Grupal	Estudio de Familia
Urgencias	Examen de salud bucal
Exodoncias	Educación grupal
Destartraje y pulido coronario	Urgencias
Obturaciones temporales y definitivas	Exodoncias
Aplicación sellantes	Destartraje y pulido coronario
Pulpotomias	Obturaciones temporales y definitivas
Fluoración tópica	Radiografías dental
	Consulta y terapia psicológica y médica

Psicoterapia individual y grupal	Consultoría Psiquiátrica
Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas	
Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar	PROCEDIMIENTOS
Visita domiciliaria de salud mental	Tratamientos Inyectables
Atención Infanto Juvenil de Déficit Atencional con y sin Hipercinesia.	Curaciones avanzadas de pie diabético y Heridas
Consultoría Psiquiátrica	Atención podológica en Pacientes Diabéticos
	Curaciones intra y extra Centros de Salud.
	Toma de muestra de exámenes de laboratorio
ADULTO Y ADULTO MAYOR	Ecografía ginecológica y obstétrica
Consulta de morbilidad	Examen Micrométodo. Niveles de Glucosa y Colesterol
Consulta y control de enfermedades crónicas	Electrocardiogramas
Consulta nutricional	Holter de Presión Arterial
Consulta social	Fondos de Ojo
Consulta y/o consejería de salud mental	
Consulta y control kinésico (programa ERA y Rehabilitación Artrosis leve - moderada Rodilla y cadera)	SERVICIO ATENCION PRIMARIA DE URGENCIA
Consulta y control en domicilio	Atención médica de urgencia
Control de salud adulto mayor	Procedimientos de urgencia
Control de salud	Derivación a unidad de urgencia hospitalaria
Examen de Medicina Preventiva	Traslados de pacientes
Examen de Medicina Preventiva del Adulto	Apoyo Red Comunal de Urgencia
Examen de Presbicia y entrega de lentes al paciente mayor de 65 años	Atención kinésica respiratoria (Campaña de Invierno adultos y niños)
Intervención psicosocial integral individual y grupal	
Educación grupal	PROGRAMAS ESPECIALES POR CONVENIOS
Visita domiciliaria integral	1.- Resolutividad
Consejería de Salud Sexual Reproductiva e ITS	- Resolución de Especialidades en Atención Primaria de Salud
Vacunación antiinfluenza y neumococica	Consultas de oftalmología: vicio refracción (Entrega de lentes)
Entrega de PACAM (programa de alimentación complementaria del adulto mayor)	Consulta de otorrinología: Hipoacusia (Audiometrías y audífonos)
Estudio de Familia	Mamografías de personas de 35 años y más
Atención de Pacientes Dismovilizados y entrega de ayudas técnicas (órtesis)	Mamografías de personas de 50 años
Examen de salud bucal	Ecotomografías mamarias y abdominales
Educación grupal	Prótesis dentales y tratamientos de endodoncias
Urgencias	Atención Odontológica Integral de Hombres y Mujeres de escasos recursos
Exodoncias	
Destartraje y pulido coronario	Atención domiciliaria de personas con discapacidad severa
Obturaciones temporales y definitivas	
Radiografías dental	Cirugía menor en atención primaria
Consulta y terapia psicológica y médica	
Psicoterapia individual y grupal	Laboratorio Básico para Establecimientos de Atención Primaria Municipalizada
Detección, tratamiento y rehabilitación en alcohol y drogas	
Detección y tratamiento en violencia intrafamiliar	
Visita domiciliaria de salud mental	2.- Salud Mental Integral

Prevención y tratamiento integral de alcohol y drogas.	Entrega gratuita de lentes, audífonos, corsés, tratamiento kinésico, medicamentos y exámenes de diagnóstico: audiometrías, radiografías y otros exámenes que requieren los alumnos.
Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en población menor de 20 años. (GES)	Salud Oral preventiva y curativa:
Salud Mental infanto-juvenil (Déficit Atencional, Maltrato y otros)	La Clínica Dental Escolar, convenio con JUNAEB para atender a colegios municipales.
Programa de Apoyo a Planes de Tratamiento y Rehabilitación de Personas con Problemas Derivados del Consumo de Drogas Ilícitas o Psicotrópicas.	Atención odontológica integral, preventiva, educativa y rehabilitadora al ciclo básico.
Programa de Tratamiento Integral de Adolescentes Infractores de Ley con Consumo Problemático de Alcohol - Drogas y otros Trastornos de Salud Mental.	Habilidades para la vida:
	6.- Promoción en Salud
3.- Rehabilitación Integral en la Red de Salud	7.- Programa Chile Crece Contigo
Programa tratamiento médico y kinésico en personas de 55 años y más con artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada.	
	8.- Espacios amigables para adolescentes en APS
4.- Atención Respiratoria	9.- Unidad de Atención Primaria Oftalmológica (U.A.P.O.)
Sala ERA (enfermedades Respiratorias del Adulto)	Otorga las siguientes prestaciones:
Campaña de Invierno en SAPU	Consulta oftalmológica
	Exámenes oftalmológicos: tonometría, campo visual, fondo de ojos.
5.- Salud del Estudiante	
Evaluación y tratamiento oftalmológico, otorrinolaringológico y traumatológico a los estudiantes de la enseñanza prebásica, básica y 1º medio. (Junaeb)	

ANEXO 6: Cartera de Servicio para Establecimientos Hospitalarios y Establecimientos Privados en Convenio

Formato de Cartera de Servicio Establecimientos Hospitalarios / Establecimientos Privados en Convenio				
Centro de Responsabilidad	Proceso	Subproceso	Producto	
Atención Abierta	Atención de Urgencia	Consulta de Urgencia Médica	Consulta de Urgencia Médica de Adulto / Pediátrica / Obstétrica	
		Consulta de Urgencia Odontológica	Consulta de Urgencia Odontológica de Adulto / Pediátrica	
	Atención de Especialidad	Consultas de Especialidad o Subespecialidad		Consulta de Medicina Interna
				Consulta de Cirugía General
				Consulta de Cardiología
				Consulta Odontológica
				Otros
		Procedimientos Médicos/ Odontológicos		Espirometría
				Endoscopía Digestiva alta
				Broncoscopía
				Cistoscopia
				Otros
	Hospital de Día	Diálisis		Peritoneo diálisis
				Hemodiálisis
		Terapias ambulatorias		Quimioterapia
				Transfusión Hemoderivados
				Psiquiatría (Hospital de Día)
		Cirugía Ambulatoria		Cirugía Ambulatoria
	Otros	Otros	Otros	

Centro de Responsabilidad	Proceso	Subproceso	Producto
Apoyo Clínico	Imagenología	Radiología	Radiología Ósea
			Radiología Toracoabdominal
			Radiología dig. doble contraste
			Enema Baritada
			Pielografía eliminación
			Otros
		Tomografía	TAC Cráneo sin contraste
			TAC Cráneo con contraste
			TAC Tórax
			TAC Abdomen
			TAC Pelvis
			Otros
	Ecotomografía	Ecocardiografía	
		Ecotomografía Abdominal	
		Eco doppler	
		Otros	
	Resonancia	Resonancia Cerebro	
		Resonancia Tórax	
		Otros	
	Laboratorio Clínico	Química Clínica	Glicemia
Uremia			
Hemoglobina glicosilada			
Otros		Otros	
Hematología		Hemograma	
		Recuento de plaquetas	
		Recuento reticulocitos	
Otros		Otros	
Microbiología		Hemocultivo	
		Urocultivo	
	Parasitológico seriado		
Otros	Otros		
Otros	Otros	Otros	

Centro de Responsabilidad	Proceso	Subproceso	Producto
Atención Cerrada	Hospitalización general	Medicoquirúrgico adulto	Egreso Medicina
			Egreso Cirugía
			Egreso Ginecología
			Egreso Traumatología
		Médico quirúrgico infantil	Egreso Pediatría
			Egreso Cirugía Infantil
			Egreso Traumatología infantil
	Obstétrico	Egreso Obstetricia	
	Corta estadía psiquiatría	Egreso Psiquiatría	
	Hospitalización pacientes críticos	UPC adulto	Día cama UTI adulto
			Día cama UCI adulto
		UPC pediátrica	Día Cama UTI pediátrica
			Día Cama UCI pediátrica
UPC Neonatal		Día Cama UTI neonatal	
		Día cama UCO neonatal	
Otros	Otros	Otros	
Otros	Otros	Otros	

ANEXO 7: Mapa de Derivación

CUADRO 1. MAPA DE LA RED ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE SALUD (Nombre) O CENTROS EN CONVENIO

COMUNA	CENTROS DE DERIVACIÓN DEL NIVEL SECUNDARIO DEL SERVICIO DE SALUD (Nombre) O CENTROS EN CONVENIO					
	ADULTOS	NIÑOS				
1	ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	PROCEDIMIENTOS (ver Anexo N° 3:Listado de Procedimientos FONASA)	
	CONSULTORIO XX CESFAM YY3, CONSULTORIO YY HOSPITAL XZ	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	ESTABLECIMIENTO EJ. ULTRASONOGRAFIA EJ. CUELLO EJ. TORAX EJ. CRANE0
2	CONSULTORIO YY	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	ESTABLECIMIENTO EJ. NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA EJ. CIRUGIA OFTALMOLOGICA EJ. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA
	HOSPITAL XZ	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	ESTABLECIMIENTO EJ. TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA EJ. RESONANCIA MAGNETICA (incluye medio de contraste) EJ. EXAMENES DE MAMA EJ. GLANDULAS MAMARIAS
3	CONSULTORIO YY	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	ESTABLECIMIENTO EJ. CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA EJ. CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO
	CONSULTORIO DENTAL	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	ESTABLECIMIENTO EJ. DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS
4	CONSULTORIO DENTAL	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	ESTABLECIMIENTO EJ. DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS
	CONSULTORIO DENTAL	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	ESTABLECIMIENTO EJ. DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS
4	CONSULTORIO DENTAL	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	ESTABLECIMIENTO EJ. DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS
	CONSULTORIO DENTAL	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)	ESTABLECIMIENTO EJ. DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS

CUADRO 2. MAPA DE LA RED ASISTENCIAL DEL SERVICIO DE SALUD XX

		CENTROS DE DERIVACIÓN A RED EXTERNA (OTROS SERVICIOS DE SALUD)								
		ADULTOS			NIÑOS					
COMUNA	ESTABLECIMIENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA	ESTABLECIMIENTO DEL S. DE SALUD QUE DERIVARÁ A RED EXTERNA	CONSULTA (ver Anexo N° 2 : Listado de Especialidades, Sub-especialidades Médicas Y Odontológicas)		INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)		INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA (ver Anexo N° 4: Lista de Intervenciones Quirúrgicas MLE FONASA)		PROCEDIMIENTOS (ver Anexo N° 3:Listado de Procedimientos FONASA)	
			ESTABLECIMIENTO	EJ. Especialidades: 1, 2, 3, 4, etc	ESTABLECIMIENTO	EJ. Especialidades: 1, 2, 3, 4, etc	ESTABLECIMIENTO	EJ. Especialidades: 1, 2, 3, 4, etc	ESTABLECIMIENTO	EJ. Especialidades: 1, 2, 3, 4, etc
1	CONSULTORIO XX		ESTABLECIMIENTO	EJ. NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA	ESTABLECIMIENTO	EJ. NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA	ESTABLECIMIENTO	EJ. NEUROLOGIA Y NEUROCIRUGIA		EJ. C.- EQUIPOS DE ALTA RESOLUCION.
	CESFAM YY3,			EJ. CIRUGIA OFTALMOLOGICA		EJ. CIRUGIA OFTALMOLOGICA		EJ. CIRUGIA OFTALMOLOGICA		EJ. Ecotomografía cerebral (RN, o lactante)
	CONSULTORIO YY		ESTABLECIMIENTO	EJ. CIRUGIA PLASTICA Y REPARADORA		EJ. Chalazión y otros tumores benignos		EJ. Chalazión y otros tumores benignos		EJ. Ecotomografía mamaria bilateral
	HOSPITAL XZ			EJ. CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA		EJ. Pterigión y/o pseudopterigión o su recidiva		EJ. Pterigión y/o pseudopterigión o su recidiva		EJ. Ecotomografía ocular bidimensional, uno o ambos ojos.
2	CESFAM BB (3 CECOF)		ESTABLECIMIENTO	EJ. CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA	ESTABLECIMIENTO	EJ. Especialidades: 5, 6, 7, 8, 15, etc.	ESTABLECIMIENTO	EJ. CIRUGIA OTORRINOLARINGOLOGICA	ESTABLECIMIENTO	EJ. Ecotomografía testicular (uno o ambos)
	CES		ESTABLECIMIENTO	EJ. CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO				EJ. Adenoidectomía		EJ. Ecotomografía tiroidea
	CES		ESTABLECIMIENTO	EJ. DERMATOLOGIA Y TEGUMENTOS				EJ. Amigdalotomía c/s adenoidectomía		EJ. Ecotomografía vascular periférica, articular o de partes blandas
	CES		ESTABLECIMIENTO	EJ. CIRUGIA CARDIOVASCULAR				EJ. Rinoplastia y/o septoplastia, cualquier técnica		EJ. D.- EQUIPOS CON DOPPLER.
3	CONSULTORIO DENTAL		ESTABLECIMIENTO		ESTABLECIMIENTO	EJ. Especialidades: 10, 11, 12, etc.	ESTABLECIMIENTO	EJ. CIRUGIA DE CABEZA Y CUELLO	ESTABLECIMIENTO	EJ. Ecotomografía vascular periférica (bilateral)

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. "Modelo de Atención Integral en Salud". Serie Cuadernos N° 1. 2005.
2. Ministerio de Salud. 2007. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Serie de Cuadernos N° 8. La Red Pública de Salud, Fundamentos, Conceptos y Experiencias.
3. Ministerio de Salud. Septiembre 2009. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Integración de Redes. Serie de Cuadernos N° 28. Diseño del Proceso Clínico Asistencial en la Red Pública de Salud En Chile.
4. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud N° 3. Lineamientos Metodológicos para la Realización De Análisis Funcionales De Las Redes De Servicios De Salud. www.paho.org/spanish/Hsp/HSO/doc238.pdf
5. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Sede Chile. 2005 Diplomado en Gerencial Social y Políticas Públicas. Método de Marco Lógico: conceptos y aplicaciones.
6. Ministerio de Salud. 2008. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de Red Asistencial. Norma Técnica: Registro y Gestión de Información de espera de atenciones de Salud.
7. Ministerio de Salud. 2010. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Integración de Redes. Serie de Cuadernos N° 13. "Orientaciones Para la Planificación y Programación En Red Año 2009".
8. Ministerio de Salud. 2010. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Integración de Redes. Serie de Cuadernos N° 26. Orientaciones Para la Planificación y Programación En Red Año 2010.
9. Ministerio de Salud. 2004. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Departamento de Recursos Humanos y Relaciones Laborales de Atención Primaria de Salud. Marco Jurídico de la Atención Primaria de Salud Municipal.
10. Ministerio de Salud. 2005. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Segunda Jornada Nacional: Redes de Salud para Chile.
11. Lori DiPrete Brown, Lynne Miller Franco, Nadwa Rafeh Theresa Hatzell. "Garantía de calidad

- de la Atención de Salud en los Países en Desarrollo". Serie de Perfeccionamiento de la Metodología de Garantía de Calidad.
12. Carlson, Jan. El Momento de la Verdad. Editorial Díaz de Santos. 1991.
 13. Karl Albrech. La Revolución del Servicio. 3R Editores, 2004.
 14. Amaia Bacigalupe A, Santiago Esnaola A, Carlos Calderón C, Juan Zuazagoitia B Y Elena Aldasoro A. La Evaluación del Impacto Sobre La Salud: Una Herramienta para incorporar la Salud En las intervenciones No Sanitarias.
 15. Ministerio de Salud. 2010. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Departamento de Gestión de Servicios de Salud. "Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud: Planificación, Implementación y Evaluación".
 16. Ministerio de Salud - 2001. División de Inversiones de la Red Asistencial. "Guía Metodológica para Estudios de Preinversión Hospitalaria".
 17. Dr. Mario Ramírez Larraguibel. 2008. "Bases Conceptuales para la Construcción de Redes Asistenciales en Salud".
 18. Ministerio de Salud. 2008. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Integración de Redes. Serie de Cuadernos N° 12: "Registro y Gestión de Información de Espera de Atenciones de Salud".
 19. Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005, del Ministerio de Salud. fija texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763, DE 1979 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.4691. Publicado en el Diario Oficial de 24 de abril de 2006. DFL N° 1, Santiago, 23.09.05.

