



C u r s o

# **PATOLOGIAS FRECUENTES EN APS**

**Módulo 1**

**Sistemas de Salud en Chile**

## Tabla de contenido

<b>ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE</b> .....	<b>3</b>
<b>El Sistema General de Salud en Chile</b> .....	<b>3</b>
Dependencia y financiamiento de la Atención Primaria de Salud .....	4
<b>SISTEMAS DE SALUD PUBLICOS EN CHILE</b> .....	<b>4</b>
<b>CARACTERISTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PUBLICOS EN CHILE</b> .....	<b>5</b>
Nivel primario.....	5
Nivel secundario .....	5
Nivel terciario.....	5
<b>DEPENDENCIA Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD</b> .....	<b>6</b>
<b>MODELOS DE ATENCION – SISTEMAS DE SALUD EN CHILE</b> .....	<b>7</b>
Comparación de los modelos sanitarios .....	10
<b>TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD</b> .....	<b>12</b>
<b>CESFAM</b> .....	<b>12</b>
<b>CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR</b> .....	<b>12</b>
<b>POSTAS DE SALUD RURAL (PSR)</b> .....	<b>13</b>
<b>ESTACIONES MEDICO RURALES (EMR)</b> .....	<b>13</b>
<b>SERVICIO DE ATENCION DE URGENCIA DE ALTA Resolución (SAR)</b> .....	<b>13</b>
<b>CENTRO DE SALUD MENTAL (CESAM)</b> .....	<b>14</b>
<b>CENTROS DE REFERENCIA DE SALUD (CRS)</b> .....	<b>14</b>
<b>CENTROS DE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (CDT)</b> .....	<b>14</b>

## ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE SALUD EN CHILE

En el informe que sigue se caracteriza la gobernanza con que opera el sistema público de salud en Chile y se presenta la normativa que regula el financiamiento de la Atención Primaria de Salud (APS). Esta caracterización se desarrolla con vistas a proporcionar antecedentes que sirvan como marco general para el debate, sobre una eventual desmunicipalización de la APS en el país.

## EL SISTEMA GENERAL DE SALUD EN CHILE

Siguiendo la clasificación de Organización Panamericana de la Salud (OPS) para describir la Salud en la Américas, el sistema de salud en Chile es de carácter mixto: incluye aseguramiento público del Fondo Nacional de Salud (FONASA), privado de Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y de otros seguros específicos, como los de las Fuerzas Armadas y de Orden (CAPREDENA y DIPRECA) Cumple las funciones de recolección, mancomunación de fondos y compra de equipos e insumos.



En el caso de los proveedores de salud FONASA e ISAPRE, la contribución de 7% del salario a cualquiera de los fondos existentes es obligatoria para los trabajadores formales, y trabajadores independientes que emitan boletas de honorarios. El sistema de salud cuenta además con financiamiento proveniente de impuestos generales para cubrir a la población carente de recursos.

## Dependencia y financiamiento de la Atención Primaria de Salud

La Atención Primaria de Salud chilena presenta distintos mecanismos y dependencias administrativas y fuentes de financiamiento, donde se distinguen:

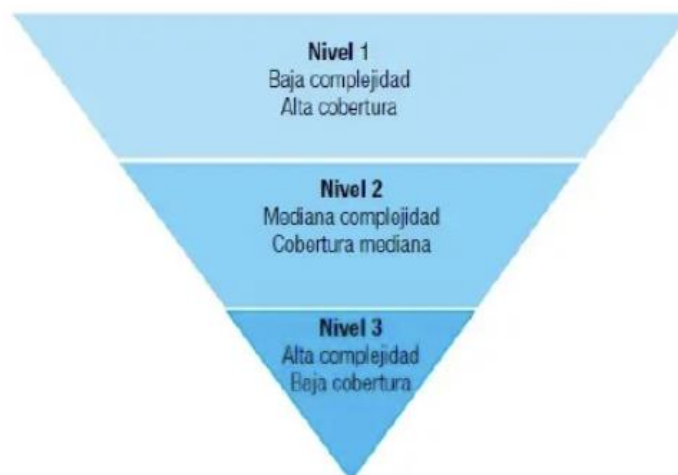
- a) Atención Primaria de Salud Municipal, cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos.
- b) Atención Primaria Dependiente de los propios Servicios de Salud, cuya administración es del Servicio de Salud correspondiente, con sus establecimientos, consultorios generales rurales y urbanos, adosados o no, postas de salud rural, estaciones.
- c) Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que a través de convenios DFL 36/80 suscritos con los Servicios de Salud respectivos, ejecutan acciones del nivel primario de atención.

## SISTEMAS DE SALUD PUBLICOS EN CHILE

### Sistema Salud Chile

---

- Nivel primario
- Nivel secundario
- Nivel terciario



## CARACTERISTICAS DE LOS SISTEMAS DE SALUD PUBLICOS EN CHILE

### Nivel primario

- Baja complejidad con amplia cobertura.
- Realiza atenciones de carácter ambulatorio.
- Ejecuta los programas básicos de salud de las personas.
- Es la puerta de entrada al sistema de salud.

### Nivel secundario

- Mediana complejidad y cobertura media
- Diagnóstico y tratamiento a los pacientes cuyo problema de salud no pueden ser resueltos en el nivel primario
- Involucran tanto atención ambulatoria como hospitalaria

### Nivel terciario

- Alta complejidad y baja cobertura.
- Alta complejidad tecnológica.
- Recursos humanos altamente especializados.
- Recibe referencia desde los otros niveles de atención.
- Puede actuar como un centro de referencia, carácter regional, suprarregional y en algunos casos incluso cobertura nacional.
- Establecimientos hospitalarios desarrollan actividades de alta complejidad, en general, realizan también realizan atención de nivel secundaria.

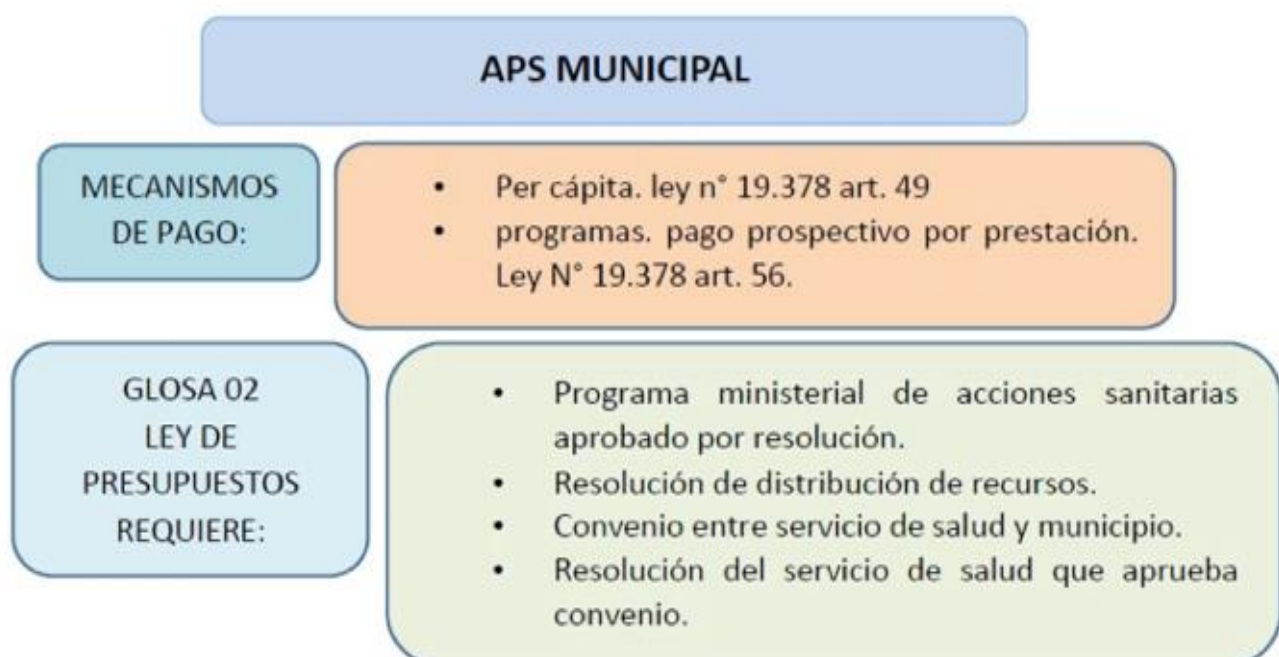
## DEPENDENCIA Y FINANCIAMIENTO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La Atención Primaria de Salud chilena presenta distintos mecanismos y dependencias administrativas y fuentes de financiamiento, donde se distinguen:

- a) Atención Primaria de Salud Municipal, cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos.
- b) Atención Primaria Dependiente de los propios Servicios de Salud, cuya administración es del Servicio de Salud correspondiente, con sus establecimientos, consultorios generales rurales y urbanos, adosados o no, postas de salud rural, estaciones.
- c) Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que a través de convenios DFL 36/80 suscritos con los Servicios de Salud respectivos, ejecutan acciones del nivel primario de atención.

En ese contexto, la ley de presupuesto del sector público, contempla entre otros, el programa presupuestario de la Atención Primaria, que en el concepto de transferencias corrientes a otros organismos del sector público (tanto para la dependencia de administración municipal como para la dependencia directa de los Servicios de Salud) la Ley de presupuestos del sector público le asignó un monto de \$ 1.654.078.873 miles de pesos para el año 2018. (Ley núm. 21.053).

En lo que concierne a la evolución del presupuesto asignado a dicho programa, cabe notar que su comportamiento muestra un incremento sostenido en los últimos años, como ilustra la figura a continuación:



Como ilustra en la figura anterior, la Atención Primaria municipal posee un marco jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud administrada por los municipios, que se encuentra en la ley No 19.378, artículos 49 y 56, y se refleja en dos mecanismos de pago: per cápita y pago prospectivo por prestación (programas de Reforzamiento de Atención Primaria de Salud (PRAPS)).

En lo que respecta al “Per Cápita”, este consiste en un mecanismo de financiamiento para la atención primaria que fue introducido en Chile en el segundo semestre del año 1994, que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar. Este mecanismo está basado en el plan de salud familiar, sus programas y la inscripción de la población beneficiaria.

El plan de salud familiar, considera acciones destinadas a la salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológica, del ambiente y la mayor parte de las garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención.

## MODELOS DE ATENCION – SISTEMAS DE SALUD EN CHILE

El sistema de salud en Chile, se define como un Sistema basado en la Atención Primaria en Salud (APS) en el cual el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, en adelante MAIS, establece los principios orientadores del accionar de los equipos sanitarios de la red asistencial, desde la anticipación del daño hasta la rehabilitación, de manera inclusiva hacia otras áreas de salud, en un entorno familiar y comunitario, diferente al modelo biomédico de limitada capacidad para enfrentar los problemas de salud de la población actual (Ministerio de Salud, subsecretaría de redes asistenciales., 2005).

### MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO



El Modelo, entiende la atención sanitaria como un proceso integral y continuo, centrado en la persona y su entorno familiar; priorizando la promoción de la salud, previniendo la enfermedad, preocupándose de las necesidades de salud de las personas y comunidades

otorgándoles herramientas para su autocuidado. Enfatiza la promoción de estilos saludables de vida, fomenta la intersectorialidad y fortalece la responsabilidad familiar y comunitaria con el fin de mejorar las condiciones de salud (Primaria., 2012).

La necesidad de relevar el rol de la familia en el proceso de atención de salud ha estado presente desde la década de los 90, en ese periodo el Ministerio de Salud y la Universidad de Chile complementan iniciativas para comenzar a formar médicos especialistas en Medicina Familiar, iniciándose las primeras experiencias piloto de atención con enfoque familiar en ONG (Depaux, Campodónico, Ringeling, & Segovia, 2008).

En el contexto internacional se pone en agenda el tema de la equidad sanitaria, es así, como la conferencia Alma Ata, realizada el año 1978 en la desaparecida Unión Soviética y coordinada por la Organización Mundial de la Salud y por el Fondo de las Naciones Unidas para la infancia, sentó las bases de una nueva mirada de la salud, más solidaria, participativa, socialmente justa y con una gestión más eficiente de los recursos asignados.

La declaración final de esta conferencia, enfatiza los atributos de costo eficacia y funciones de la atención primaria de salud con el cuál se vincula y llama a todos los gobiernos del mundo a implementarla y mantenerla (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

La OMS el año 2008 en su informe anual sobre salud mundial: “La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca”, actualizó la importancia de la APS, orientada a la disminución de las inequidades e ineficiencias de los sistemas sanitarios. El Observatorio Global de la Salud (2009), en su “Informe alternativo de la salud mundial”, insta a los gobiernos, instituciones internacionales y a la sociedad civil a reafirmar los contenidos de la declaración de la OMS del año 2008.

Comienza un cambio en el enfoque sanitario migrando desde una concepción centrada en la enfermedad, diagnóstico y tratamiento; hacia un concepto más globalizado e integrador de salud sumando familia y comunidad. El resultado de este enfoque se evidencia en la APS, espacio social de contacto entre los ciudadanos y las políticas sanitarias reformadas y que se orientan a lo preventivo, continuo e integral. Canadá, Estados Unidos e Inglaterra, en la década de los 60 instalan el modelo de “salud familiar” que Chile comenzó a implementar en los últimos años.

En 1997 nuestro país inaugura los Centros de Salud Familiar poniendo en marcha este cambio operativo y conceptual (Oliva & Hidalgo, 2004).

Este enfoque nuevo originó cambios en la red asistencial, otorgando mayor importancia a la APS y promovió la transformación de los consultorios en Centro de Salud Familiar (CESFAM).



Al mismo tiempo, el Ministerio de Salud implementa progresivamente el MAIS, como una nueva forma de ejecutar las acciones sanitarias e instalando nuevos principios orientadores para los equipos de salud en la red asistencial.

Este modelo propone: la salud como un proceso continuo, centrado en el cuidado integral de las familias, la prevención antes que aparezca la enfermedad, la promoción fomentando estilos saludables de vida, multisectorial y responsabilidad familiar y comunitaria en el autocuidado (Ministerio de Salud, Subsecretaria de redes asistenciales, 2016).

En sus inicios poseía 7 características o principios:

- Centrado en el usuario.
- Énfasis en lo promocional y preventivo.
- Enfoque de salud familiar.
- Integral.
- Centrado en la atención abierta.
- Participación en salud, intersectorialidad.
- Calidad y uso de tecnología apropiada.

Actualmente (2024) posee 3 características o principios

- Centrado en las Personas
- Integralidad
- Continuidad

Por tanto, el actual modelo sanitario está implementado en la red pública y especialmente en la APS por recomendación de la OPS usando Redes Integradas de la Servicios de Salud, resumiendo sus principios de atención en los principios mencionados anteriormente: centrado en el usuario, integral y continuo.

El cambio de modelo aspira a tener mejores resultados sanitarios, mejorar su eficiencia y una mejor satisfacción usuaria; fortaleciendo la promoción y la prevención, sin descuidar la curación y la rehabilitación.

## COMPARACIÓN DE LOS MODELOS SANITARIOS

- Modelo Biomédico, el cual se define como básicamente curativo y centrado en el hospital como la instancia de resolución de los problemas de salud, sus principales objetivos eran dar respuestas sanitarias concretas a problemas de enfermedades materno-infantiles, el parto, la desnutrición por enfermedad infecto contagiosa e inmunizaciones contra enfermedades bacterianas y virales (Ministerio de Salud, subsecretaria de redes asistenciales., 2005) (Larrea, 2017). Comienza a implementarse a través de una serie de normas técnicas en los años sesenta, finalizando su vigencia a inicios del presente siglo.
- Modelo de Atención Integral en Salud Familiar, los principales fundamentos para la transformación del modelo de atención son; expectativas de la población, perfil epidemiológico y cambios demográficos y obsolescencia del modelo anterior.

Sus objetivos para la primera década del siglo son: disminuir las desigualdades en salud, enfrentar los desafíos del envejecimiento y los cambios de la sociedad, proveer servicios acordes con las expectativas de la población y mejorar los logros sanitarios alcanzados; además un rol importante para el cumplimiento de estos objetivos sanitarios lo tiene el Régimen de Garantías Explícitas en Salud o GES. Este modelo entró en vigencia a principios de este siglo hasta la actualidad (Ministerio de Salud, subsecretaria de redes asistenciales., 2005).

Lo anterior genera un cambio en el eje de la atención desde el hospital a la atención primaria producto de los cambios epidemiológicos, efectuando una detección temprana y una atención continua de las personas que presentan enfermedades crónicas no transmisibles, determinándose que la atención primaria es el lugar de atención de las enfermedades más prevalentes, aumentando el nivel de complejidad de esta, contando con especialistas y tecnología para su resolutivez, con incorporación de un plan de salud familiar (Campo, 2012).

Cuadro N° 1: Matriz de vaciado. Características de los modelos Biomédico e Integral.

<b>Característica</b>	<b>Modelo Biomédico</b>	<b>Modelo Integral</b>
Centrado en el usuario	Relación paternalista y benefactora del agente de salud.	Participación activa del usuario, ejerce derechos y deberes.
Énfasis en lo promocional y preventivo	Preocupación por enfermedades infecto-contagiosas y materno-infantiles.	Fomenta estilos de vida saludables en la persona, trabajo, escuela y comunidad.
Enfoque de salud familiar	La enfermedad era tratada, separada del entorno del paciente.	Se involucra a la familia, mayor compromiso del equipo de salud.
Integral	Se preocupaba sólo de la biología de la salud.	La atención es multidimensional y abarca todo el ciclo vital.
Centrado en la atención abierta	Centrado en lo curativo y el hospital.	Se aumenta la capacidad resolutoria de la APS.
Participación en salud	Participación escasa de la sociedad civil en políticas sanitarias.	Genera los espacios adecuados para acoger propuestas de la comunidad.
Intersectorialidad	El Ministerio de Salud comienza una alianza con otros sectores.	Considera otros sectores relevantes para detener el daño.
Calidad	Muy modesta o nula.	Se incorpora institucionalmente.
Uso de tecnología apropiada	Visión fragmentada de la vida humana.	Evaluación integral y continua de las tecnologías.

## TIPOS DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

### CESFAM

- Debe empoderar a las personas y comunidades a que se sientan dueñas de sus salud.
- Deben defender las políticas que la promueven y protegen.
- Deben asumir el papel de arquitectos de la salud y los servicios sociales que contribuyen a la salud.
- Debe abordar los determinantes sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud por medio de acciones y políticas que estén basadas en la evidencia y abarquen a todos los sectores.
- Debe asegurar un sistema de salud pública y una atención primaria fuertes a lo largo de la vida de las personas, como elementos centrales de la prestación de servicios integrados.
- Pueden acceder a la APS todos los beneficiarios de FONASA inscritos en un establecimiento de APS.
- Atención sin costo, independiente del tramo en el que se encuentren.

### CENTROS COMUNITARIOS DE SALUD FAMILIAR

- Entregan atenciones básicas de salud.
- Dependen de un CESFAM para prestaciones más complejas.
- Establecimientos de atención ambulatoria.
- Acciones de fomento, promoción y protección de la salud en su área poblacional.
- Orientación y derivación de los pacientes de mayor complejidad.
- Mayor énfasis a la prevención y promoción de la salud, centrándose en las familias y la comunidad, promoviendo al igual que los CESFAM la participación comunitaria.



## POSTAS DE SALUD RURAL (PSR)

- Prestan atención ambulatoria básica en sectores de población rural.
- Desarrollan acciones de fomento, protección, promoción y prevención de la salud.
- Atenciones sencillas de recuperación y derivación a otros establecimientos de la red.
- Técnico paramédico residente más sistema de comunicación radial con su centro de referencia y equipo de salud multidisciplinario que realiza rondas rurales.

## ESTACIONES MEDICO RURALES (EMR)



- Corresponden a centros de atención de salud ambulatoria básica.
- Operan en espacios físicos cedidos por la comunidad.
- No cuentan con personal permanente.
- Adosados a los centros de salud APS, dependiendo técnica y administrativamente de ellos.
- Parte de Red de Urgencia
- Derivación de los casos más complejos a otros establecimientos de la red.

## SERVICIO DE ATENCION DE URGENCIA DE ALTA RESOLUCIÓN (SAR)



- Se crean a partir del 2014
- El objetivo es descongestionar los servicios de urgencia, atendiendo patologías de baja complejidad.
- Otorgan atención medica
- Cuentan con equipos de rayos osteopulmonar, kit de laboratorio básico y telemedicina.

El nivel secundario está compuesto por:

## CENTRO DE SALUD MENTAL (CESAM)

- Entrega atención a los usuarios con patología de salud mental; apoyo, educación y orientación a sus familiares y cuidadores.
- Acerca la atención mental especializada a las personas, considerando la integración con las organizaciones locales y redes comunitarias que CONOCEN LA REALIDAD LOCAL.

## CENTROS DE REFERENCIA DE SALUD (CRS)

- Establecimiento de atención abierta de mediana complejidad.
- Proporcionan atención por especialidad, de tipo diagnóstico y terapéutico preferentemente a pacientes referidos desde la APS.



## CENTROS DE DIAGNOSTICO TERAPEUTICO (CDT)



- Atención abierta.
- Alta complejidad.
- Adosadas a Hospitales.
- Atención en forma ambulatoria.
- Pacientes referidos desde los CRS, CESFAM.
- Personas hospitalizadas en el establecimiento al cual están adosados.
- Cuentan con pabellones de procedimiento para diversas especialidades, laboratorio de alta complejidad, imagenología compleja.

## BIBLIOGRAFIA

- Organización Panamericana de la Salud. Undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades Informe del Director General [Internet]. Washington D.C.; 2018 [cited 2020 Jan 14]. Available from: <https://icd.who.int/>
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q [Internet]. 2005 [citado 13 jul 2021]; 83(4): 691-729. Disponible en:
- Ayanian JZ, Markel H. Donabedian's Lasting Framework for Health Care Quality N Engl J Med [Internet]. 2016 Jul [citado 13 jul 2021]; 375(3): 205-7.
- Institute of Medicine (US). Committee to Design a Strategy for Quality Review and Assurance in Medicare; Lohr KN, editor. Medicare: A Strategy for Quality Assurance: VOLUME II Sources and Methods. Washington (DC): National Academies Press (US); 1990
- World Health Organization. Quality of Care: A process for making strategic choices in health systems [Internet]. Geneva 27, Switzerland: World Health Organization; 2006 [citado 14 jul 2021]
- Ministerio de Salud de Chile. Superintendencia de Salud. Observatorio de Calidad en Salud Guía Práctica Calidad y Seguridad Asistencial en Chile para alumnos de carreras de la salud [Internet]. Santiago de Chile: Unidad de Asesoría Técnica Intendencia de Prestadores; Feb 2018.
- Rangel-Carreño TL, Lugo-Garzon IK, Calderón ME. Revisión Bibliográfica de equipos de trabajo: enfoque cuantitativo, características e identificación de variables que afectan la eficiencia. Rev Ingeniería Solidaria 2018 Ene.
- [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- [www.supersalud.cl](http://www.supersalud.cl)