Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2024 - APS

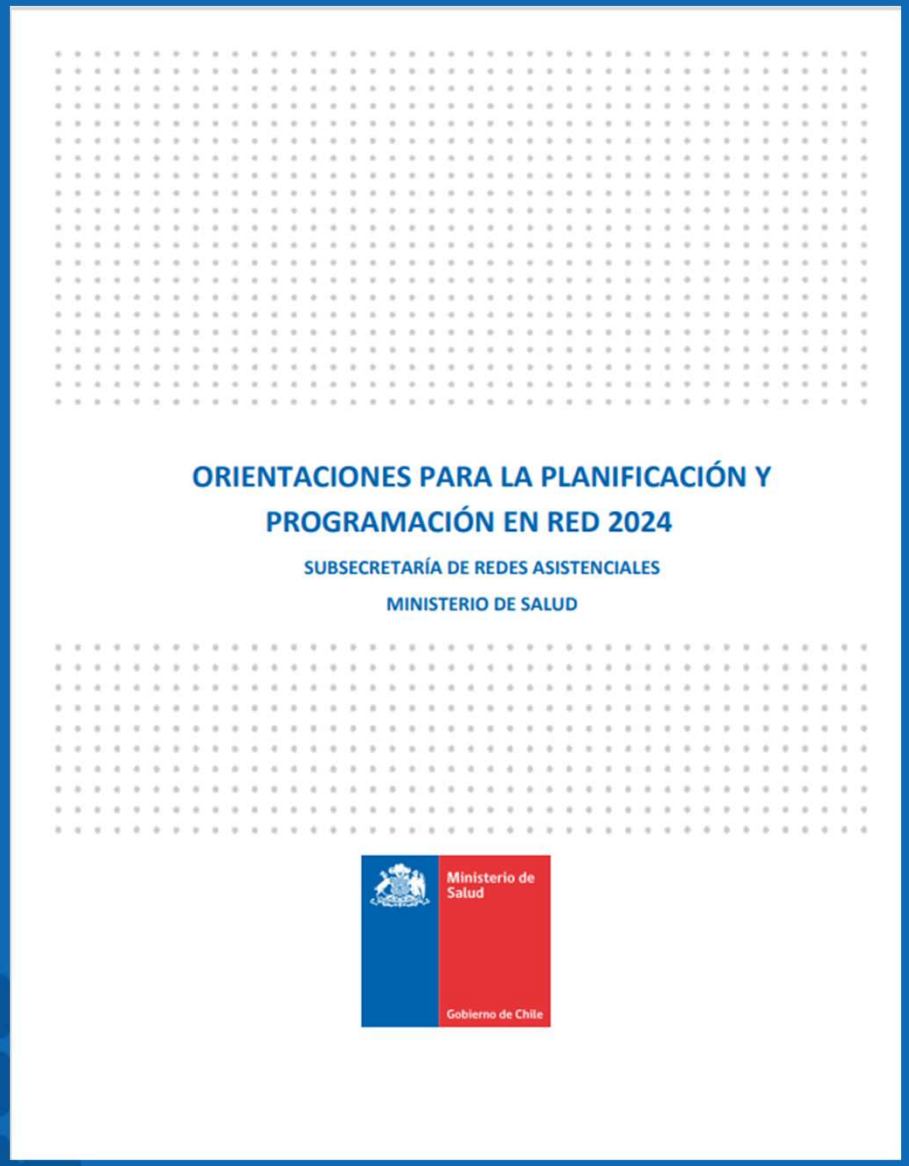
Gobierno de Chile

gob.cl

Noviembre 2023

Subdepartamento Recursos para el Modelo
Subdirección de Atención Primaria
Servicio de Salud Coquimbo

Estructura documento OOTT 2024


ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2024

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

MINISTERIO DE SALUD

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

- ❑ Documento Orientaciones Técnicas 2024 (93 páginas)
- ❑ Recomendaciones programáticas específicas (RPE)
- ❑ Planilla Matriz de Cuidados 2024

- *Enfoque de derechos ciudadanos y protección social*
- *Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS)*
- *Enfoque de Curso de Vida*
- *Enfoque de equidad en salud*
- *Equidad de Género en Salud*
- *Pueblos Indígenas e Interculturalidad*
- *Población Migrante*
- *Enfoque de Participación Social y Comunitaria*
- *Enfoque de Seguridad y Calidad de la Atención*

01

- **Antecedentes generales**

02

- **Bases Conceptuales para la planificación sanitaria de la red de salud pública**

03

- **Aspectos Metodológicos para la planificación sanitaria local y en red**

04

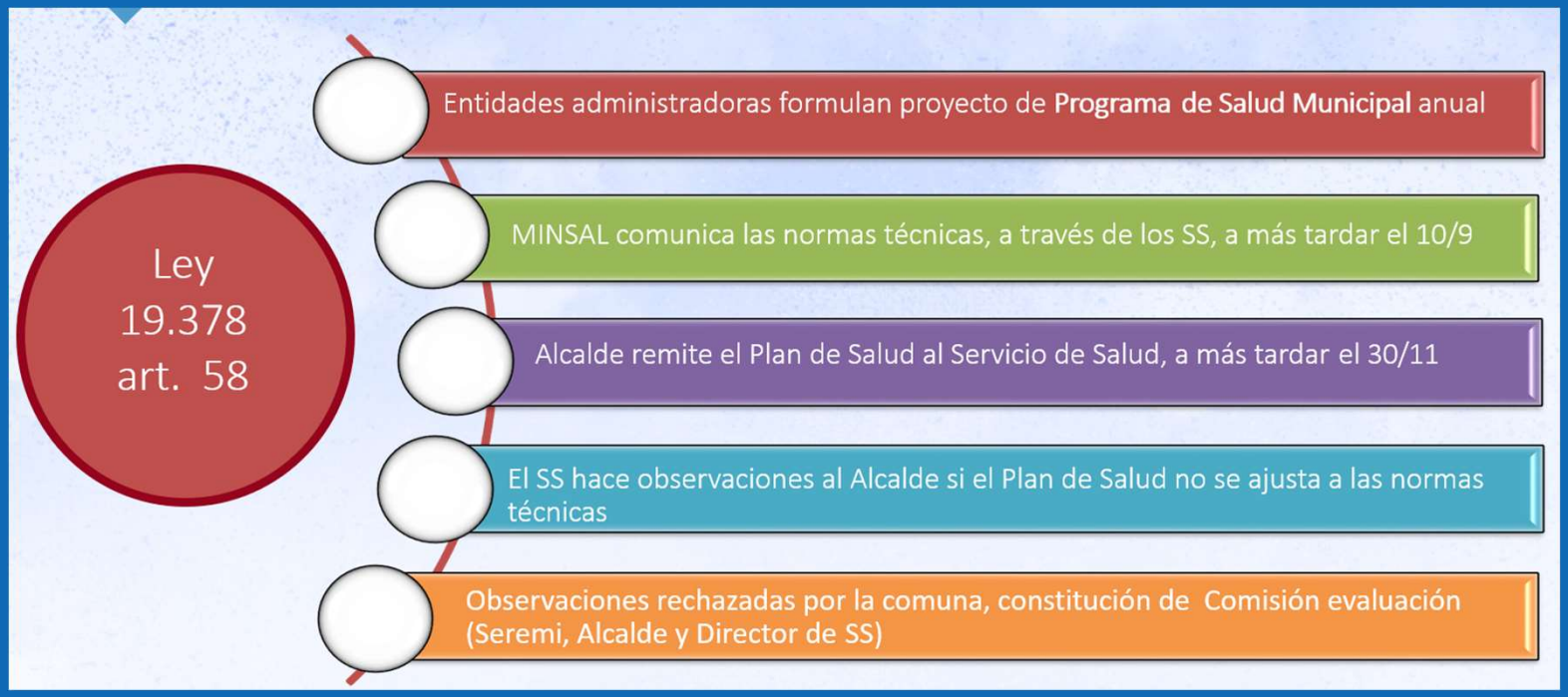
- **Aspectos teóricos y prácticos de la programación asistencial operativa local y en red**

I. Antecedentes Generales

Marco Normativo

- La Planificación se encuentra **descentralizada** en los **Servicios de Salud**,

- Las **Entidades Administradoras de Salud Municipal** deberán formular de manera anual un proyecto de **Programa de Salud Municipal**, que debe enmarcarse en las normas técnicas del Ministerio de Salud: **"Plan de Salud Comunal".**



Integración entre niveles

Figura 7. Alineación entre los distintos niveles de planificación. (Fuente: Elaboración propia MINSAL)

Nivel Comunal:

- Plan de Salud Comunal de alcance plurianual (hasta fin periodo) desarrollado bajo lógica de DSS
- Evaluación anual del componente programático asistencial del Plan de Salud

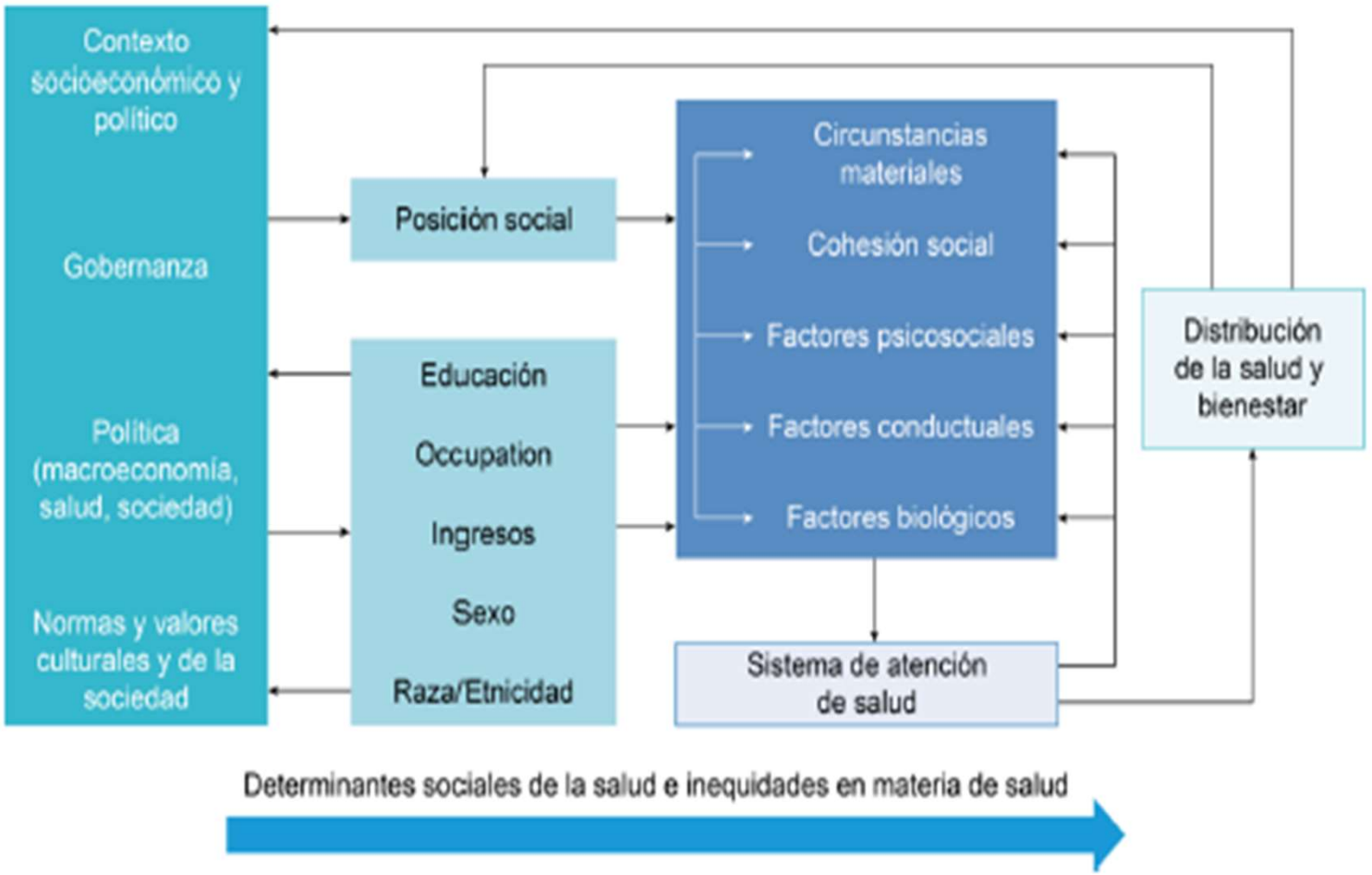
Nivel Servicios de Salud:

- Formulación de un Plan de Salud en Red que considere:
- Acompañamiento a las Entidades Administradoras de Salud Municipal para dar seguimiento y asesoría.
- Evaluación de los componentes de Planificación y Programación en Red en los Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud.

II. Bases Conceptuales para la planificación sanitaria de la red de salud pública

Determinantes Sociales

Figura 1: Modelo de determinantes sociales de la salud (Fuente: OPS/OMS. 2013)



Marco conceptual objetivo sanitarios al 2030

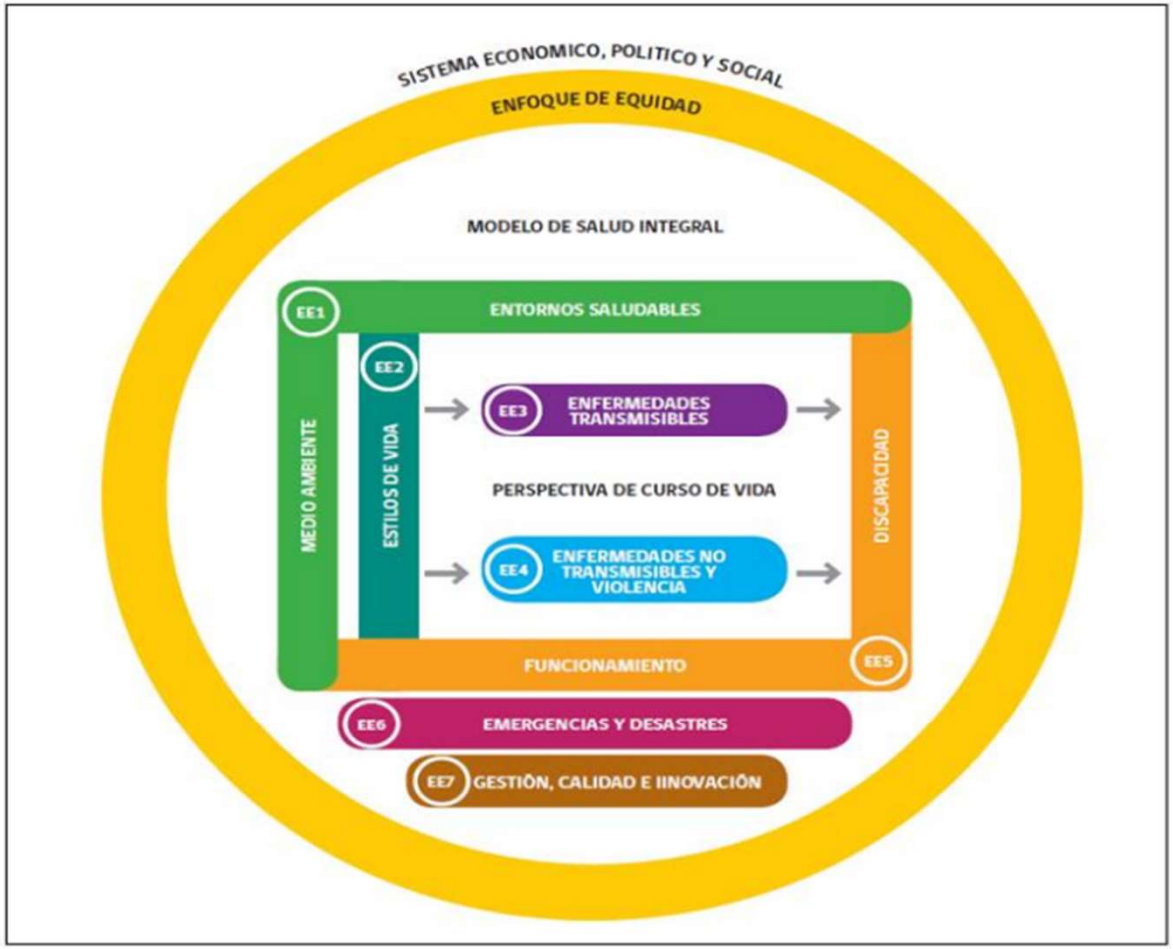


Figura 3. Marco Conceptual Objetivos Sanitarios al 2030 Fuente: Fuente: Elaboración propia MINSAL.

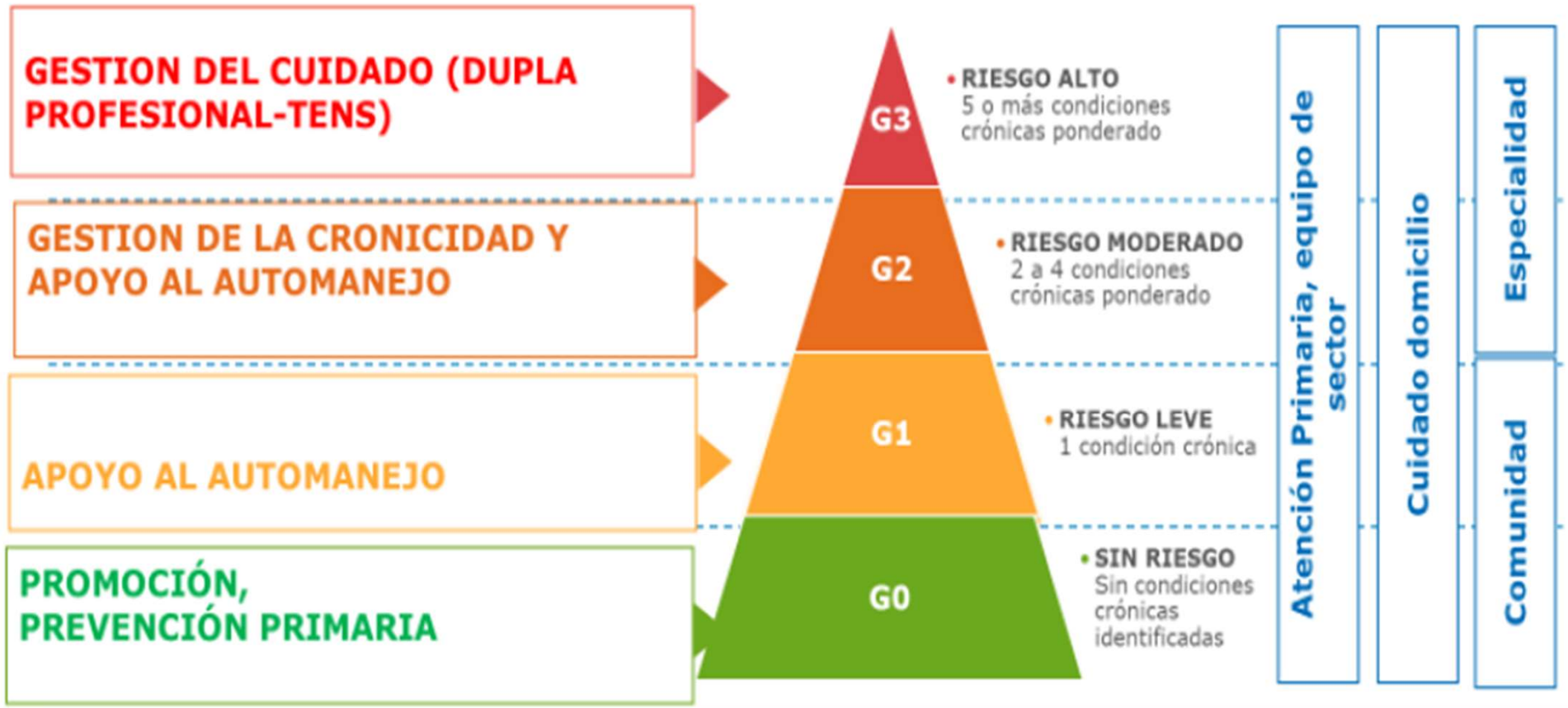
Redes integradas de servicios de salud (RISS)

MAIS

Redes integradas de servicios de salud (RISS)

ECICEP

Figura 5. Estratificación de personas con condiciones crónicas (Fuente: Adaptada y modificada de: Pirámide de Kaiser Permanente de riesgos modificada).



Redes integradas de servicios de salud (RISS)
Coordinación, reforma y políticas

- **Gestor de la Demanda**

- La coordinación es una función esencial de la Atención Primaria, por lo que se debe priorizar y destacar en cada centro de salud
- Manejar y difundir en la red local protocolos y flujogramas de derivación para que las SIC generadas se adhieran a estos protocolos
- Tomar conocimiento y validar la pertinencia de las SIC originadas en el establecimiento, derivando al nivel de especialidad solo las que tengan pertinencia, y gestionando aquellas susceptibles de resolver en atención primaria.
- Recoger necesidades de capacitación del equipo de salud para potenciar las capacidades de los equipos de cabecera.

- **Cuidado de la Salud Mental y Estrategia Saludablemente**

- Estrategia integral para la gestión de la salud mental de los trabajadores de la salud. Esta iniciativa es parte del Plan Integral de bienestar y salud mental desarrollado por el Ministerio de Salud

Redes integradas de servicios de salud (RISS)
Coordinación, reforma y políticas

- **Atención Primaria Universal**

La APS debe ser la principal estrategia del cuidado de la salud para toda la población, además de ser el centro y articulador del sistema sanitario, pues brinda asistencia sanitaria esencial y puede coordinar el tránsito de las personas por la red asistencial con criterios de equidad y oportunidad

O1 - Cobertura: Ampliar la cobertura y el acceso equitativo a los cuidados integrales de la atención primaria de salud.

O2 - Gobernanza: Fortalecer la rectoría y gobernanza para que la atención primaria de salud sea el centro y articulador del sistema sanitario.

O3 - Financiamiento: Aumentar y mejorar el financiamiento en la atención primaria y avanzar hacia la eliminación del gasto de bolsillo que se convierte en barrera para el acceso.

O4 - Intersectorialidad: Fortalecer la coordinación intersectorial en la Atención Primaria para abordar los determinantes sociales de la salud.

O5 - Recursos: Asegurar la disponibilidad de recursos sanitarios en la Atención Primaria de Salud.

III. Aspectos Metodológicos para la planificación sanitaria local y en red

Ciclo de Gestión Integral

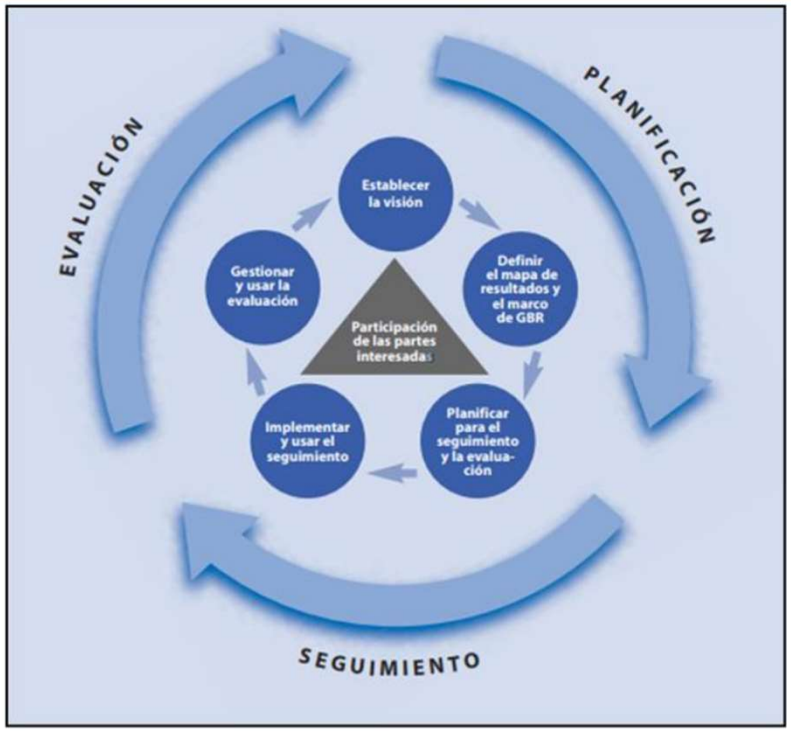


Figura 7. Enfoque ciclo de vida de la GBR. Tomado de PNUD (2009). Manual de Planificación, seguimiento y evaluación de los resultados en el Desarrollo.

Figura 8. Etapas de planificación. Fuente: elaboración propia, MINSAL

Aspectos de Gestión Sanitaria y Asistencial

Programación: Representación y disposición esquemática de las acciones sanitarias, la cual refleja los énfasis señalados en la Planificación Sanitaria y se sitúa en un periodo razonable para su ejecución.

Agendamiento: Representación y disposición efectiva de las acciones sanitarias a ofrecer a las personas y comunidades. Debe brindar oportunidades efectivas de acceso y reflejar la cantidad de actividades programadas previamente.

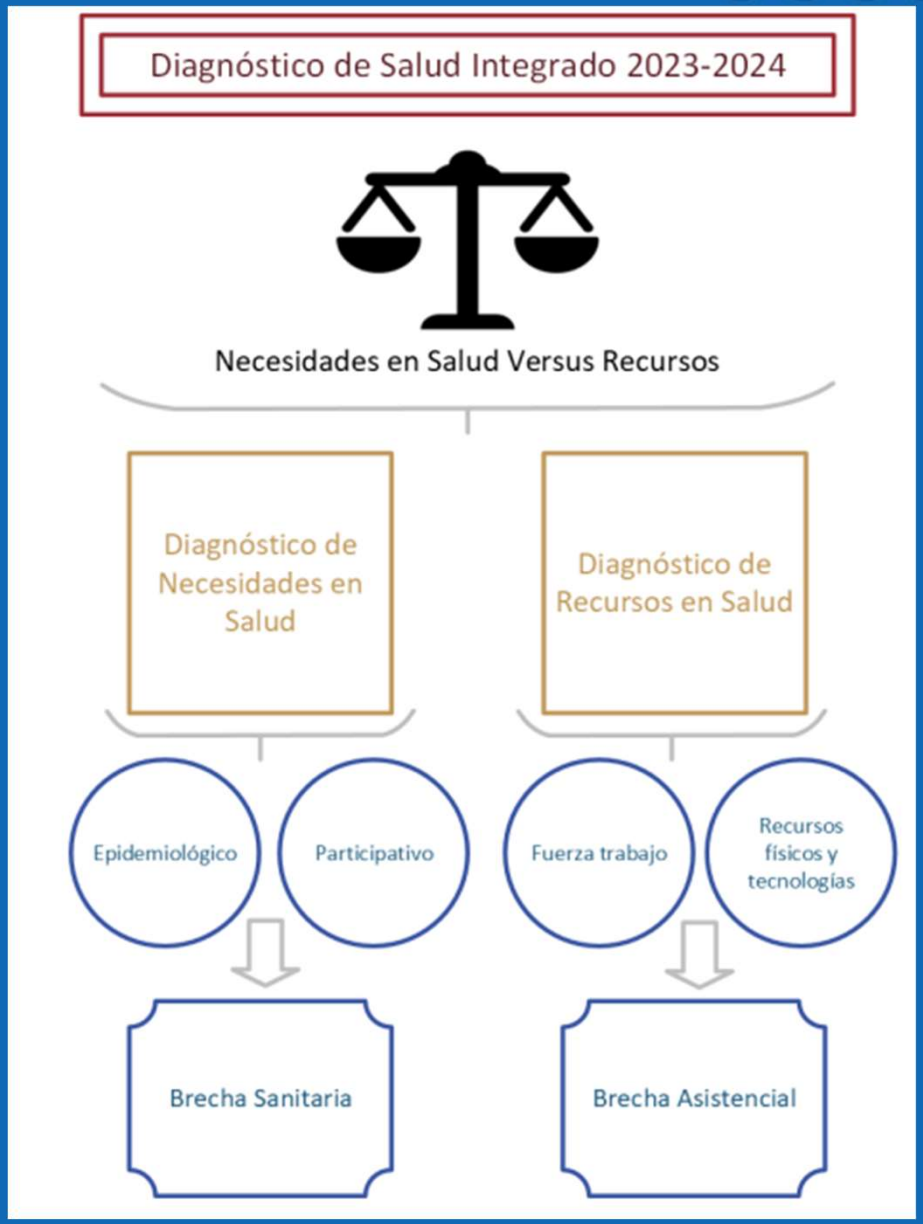
Producción Asistencial: Corresponde a la ejecución efectiva de las acciones sanitarias ofertadas a la población.

Evaluación: Es el proceso que permite vincular, mediante el monitoreo, la correcta ejecución de la Planificación Sanitaria. Es un insumo para la adecuación de aspectos programáticos corregibles.

Plan Comunal 2024

Figura 9. Planificación para el periodo 2023-2024. Fuente: Elaboración propia MINSAL.

- Jornada evaluación OI 2023 y reformulación
- Actualización PSM 2024
- Diagnóstico de necesidades de Salud (DNS)
- Estimación de brecha sanitaria
- Priorización de problemas para 2024



IV. Aspectos teóricos y prácticos de la programación asistencial operativa local y en red

- Programación es instrumento que debe sistematizar las actividades a realizar en el año. Plan de Salud Familiar
- Se debe realizar por Establecimiento
- **Permite estimar los cuidados primarios, recursos necesarios, oferta de recursos y brechas de recursos**

Actividades Programáticas

Horas técnico - profesionales

Matriz Básica de Programación

Ejemplo matriz básica de programación de actividades (Fuente: elaboración propia)

Actividad	Grupo objetivo	Población por atender	Cobertura	Concentración	N.º Actividades	Rendimiento	Estamento	Nº Act. a realizar	Nº. Hrs x día

Actividades: Acciones que se deben implementar para alcanzar los objetivos propuestos

Población: grupo de personas a la que va dirigida la actividad

Cobertura: porcentaje de población a asistir

Concentración: número de veces que una determinada actividad se realiza en un año para una misma persona

Instrumento: profesional o técnico que ejecuta las actividades

Rendimiento: número de actividades de un mismo tipo que se realizan en una hora cronológica

Programación operativa

Desarrollo de la programación operativa

Se considerará para este proceso 52 semanas anuales iniciales, a las cuales debemos descontar los días inhábiles del año a programar según los siguientes criterios:

Descuentos generales: a los 365 días anuales, que corresponden a 52 semanas se descontará:

- Sábados y domingos
- Feriados anuales del año a programar lo que corresponde a 2 semanas al año (9 a 10 días hábiles en general)
- Tarde de los días 17 de septiembre, 24 y 31 de diciembre.

Dejando un total de 220 días a programar

A estos descuentos generales se le deben realizar los descuentos individuales correspondientes a cada profesional, por los conceptos de feriados legales, permisos administrativos según Ley y días de capacitación, según orientaciones técnicas o normativas del Servicio de Salud:

Los descuentos por concepto de feriado legal se determinan por la antigüedad funcionaria:

Antigüedad funcionario	Días de feriado
Menos de 15 años	15 días hábiles
De 15 a 20 años	20 días hábiles
Más de 20 años	25 días hábiles

Los permisos administrativos dependen del marco jurídico por el cual la persona es contratada:

Ley	Días administrativos
19.378	6 anuales
18.834	6 anuales
19.664	6 semestrales

Los días de capacitación también dependen del marco jurídico por el cual la persona es contratada:

Ley	Horas /Días
19.378	40 horas anuales.
19.664	12 días anuales

Coeficientes de cobertura, concentración y rendimiento por actividad asistencial

Actividad	Grupo Objetivo	Cobertura	Concentración Anual	Rendimiento
Consulta morbilidad	Población Infantil y Personas Mayores	100%	2	4
	Otros grupos etarios		1	
Control de Salud Integral de Adolescentes **	10 a 19 años	100%	1	1,3 a 2
Consulta nutricional	PIV	Según prevalencia u observado	1	3
EMP (Examen de medicina Preventivo)	20 a 64 años	33%	1 cada 3 años	2 a 3
	65 años y más	100%	1	1,3 a 1
Control de crónicos	Según PBC	100%	2 a 4	3
Visita domiciliaria integral	PIV	25%	1	1*
Consejería familiar	Familias inscritas	20%	3	2 a 3
Consejería individual	PIV	Según lo observado	3	2 a 3

Coeficientes de cobertura, concentración y rendimiento por actividad asistencial

ACTIVIDAD	PROFESIONAL (instrumento)	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RENDIMIENTO (cuántas consultas haces en 1 hora)	CONCENTRACIÓN (cuántos controles en el año)	COBERTURA (población objetivo)	OBSERVACIONES
Control Puérpera con recién nacido (Diada)	Matrón/a o Médico/a	Evaluación integral de la madre y recién nacido. Esta puede ser en períodos: - Ideal: Antes de los 10 días de vida (Idealmente entre las 48 y 72 horas post alta) - Tardío: Entre 11 a 28 días de vida	1	1	100%	Registro en REM A01 sección A y SDRM
Control de Salud Infantil a niños y niñas a los 2, 4, 6, 12, 24 y 48 meses	Enfermera/o O médico/a	Supervisión integral del crecimiento y desarrollo de niños y niñas de 0 a 5 años	2	1 (6 al año si se consideran todos los profesionales)	100%	*De acuerdo con Norma Técnica Registro de controles: REM A01 Registro de Instrumentos: REM A03 y SDRM
Control de Salud Infantil a los 1 y 3 meses	Médico/a	Supervisión integral del crecimiento y desarrollo de niños y niñas de 1 y 3 meses	2	1	100%	Revisión de radiografía de caderas: registro en SIGGES y REM A03 Registro: REM A01 y A03 (protocolo neurosensorial) y SDRM
Control de Salud Infantil a niños y niñas de 5 a 9 años	Enfermera/o O médico/a	Supervisión integral del crecimiento y desarrollo de niños y niñas de 5 a 9 años	2 a 2.5	1	100%	Estos controles pueden ser realizados en el centro de salud o en el establecimiento educacional, cumpliendo los requisitos establecidos por la normativa vigente. Están considerados los SS y comunas que tienen PRAPS de Programa de Atención Integral de Salud Escolar (PAISE), y en aquellas comunas que realizan esta prestación con otro tipo de estrategia.

Coeficientes de cobertura, concentración y rendimiento por actividad asistencial

ACTIVIDAD	PROFESIONAL (instrumento)	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RENDIMIENTO	CONCENTRACIÓN	COBERTURA	OBSERVACIONES
Ingreso de pacientes crónicos	Médico	Evaluación, confirmación diagnóstica, categorización, tratamiento y seguimiento de enfermedades respiratorias crónicas como síndrome bronquial obstructivo recurrente, asma bronquial, EPOC y otras en usuarios derivados a través de interconsulta.	1	1	5% de aumento respecto al año anterior	
Ingreso pacientes agudos	Kinesiólogo	Se considerarán ingresos agudos las atenciones realizadas a pacientes por un cuadro respiratorio agudo determinado (IRA alta, Influenza, Neumonía, Coqueluche, Bronquitis Obstructiva Aguda y Otras IRA Bajas) o una exacerbación (Exacerbación Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente, Exacerbación Asma, Exacerbación de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Exacerbación Fibrosis Quística, Exacerbación Otras Respiratorias Crónicas).	3	2	Menor de 5 años con IRA baja 100% Adulto mayor Neumonía NAC 50% de	
Control pacientes crónicos	Médico, Kinesióloga, enfermera	Se considerará controles realizados a toda atención de población crónica respiratoria programada (con citación de fecha de control), que se realiza con posterioridad al ingreso de crónicos	3	2	5 % de aumento respecto a PBC año anterior	
Consulta de morbilidad respiratoria	Médico	Es la atención médica otorgada en horario asignado al programa con fines de diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud, por reagudización de cuadro respiratorio crónico o cuadro agudo sin citación (cupo extra o consulta espontanea).	3			
Atención kinésica respiratoria	Kinesiólogo/a	Evaluación y tratamiento kinésico en usuarios de todos los grupos etarios cursando cuadro respiratorio agudo o exacerbación de condición respiratoria crónica	3	3.5	IRA baja menor de 5 100% Crisis asmática 100% Exacerbación EPOC 100% NAC adulto mayor 50%	

Coeficientes de cobertura, concentración y rendimiento por actividad asistencial

ACTIVIDAD	PROFESIONAL (instrumento)	DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD	RENDIMIENTO	CONCENTRACIÓN	COBERTURA
CERO 0-1 año*	Odontólogo	Esta prestación incluye anamnesis, examen, aplicación anual de Pauta CERO, educación individual con instrucción de higiene y entrega o refuerzo de estrategias de prevención según riesgo.	2	1-2	80%
CERO 2 - 3 años*	Odontólogo		2	1-3	70%
CERO 4-6 años*	Odontólogo		2	2-3	50%
CERO 7 a 19 años*	Odontólogo		2-3	2-3	35%
Educación grupal **<20 años	Odontólogo	Sesión educativa dirigida a grupos específicos, en el centro de salud o fuera de él, a un grupo de 5 o más personas.	1	1	35%
Educación grupal** diabéticos	Odontólogo		1	1	25%
Educación grupal **GES embarazadas	Odontólogo		1	1	50%

Aspectos de Gestión Sanitaria y Asistencial

Programación: Representación y disposición esquemática de las acciones sanitarias, la cual refleja los énfasis señalados en la Planificación Sanitaria y se sitúa en un periodo razonable para su ejecución.

Agendamiento: Representación y disposición efectiva de las acciones sanitarias a ofrecer a las personas y comunidades. Debe brindar oportunidades efectivas de acceso y reflejar la cantidad de actividades programadas previamente.

Producción Asistencial: Corresponde a la ejecución efectiva de las acciones sanitarias ofertadas a la población.

Evaluación: Es el proceso que permite vincular, mediante el monitoreo, la correcta ejecución de la Planificación Sanitaria. Es un insumo para la adecuación de aspectos programáticos corregibles.

Gestión de Agenda en APS

- Proceso que disponibiliza la programación operativa de los establecimientos

- Por si sola no sirve para gestionar la demanda sino para distribuir tiempos de atención
- Corresponde a la asignación de cita de acuerdo a oferta disponible

- Asegurar que proceso de agendamiento sea realizado por personal debidamente asignado para aquello, evitando la influencia del prestador directo en la regulación de la oferta

Requisitos a considerar en la gestión de agendas:

1. Manejo de agendas de los prestadores
   - Horas asistenciales a agendar
   - Horas administrativas a considerar en trabajo administrativo y reuniones
   - Ausencias programadas y no programadas
2. Manejo de la cartera de prestaciones, según modalidad de atención:
   - Actividad individual
   - Actividad grupal y/o que impliquen más de un profesional en la atención
   - Actividades comunitarias
3. Manejo de la cartera de prestaciones, según actividad a realizar:
   - Consultas
   - Controles
   - Ingresos
   - Procedimientos

- ***Otorgar accesibilidad y continuidad de los cuidados***

- ***Reducir los tiempos de espera de una atención***

- ***Otorgar atención eficiente y oportuna***

- ***Contar con un registro y trazabilidad de la información***

- ***Mejorar la satisfacción usuaria***

Gobierno
de Chile

gob.cl