

Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2023 - APS

Subdirección de Atención Primaria
Servicio de Salud Coquimbo

Octubre 2022



• Orientaciones Técnicas para la planificación y Programación en Red 2023

ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2023

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

MINISTERIO DE SALUD



- ❑ Documento Orientaciones Técnicas 2023 (82 páginas)
- ❑ 20 Anexos
- ❑ Planilla Matriz de Cuidados 2023

- *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*



Ruta

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



Ruta

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



- Antecedentes: ***Marco Normativo de la Planificación en APS***

- La Planificación se encuentra descentralizada en los Servicios de Salud, facultando además, para determinar las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio 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”**.
- Los alcances de este Plan de Desarrollo Comunal, en el ámbito de la salud, deben vincularse con las funciones para las que se encuentran facultadas en su territorio, entre ellas la salud pública y la protección del medio ambiente.



- Antecedentes: ***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.



- Antecedentes: **Marco Normativo de la Planificación en APS**

Ley
19.378
art. 58

Entidades administradoras formulan proyecto de **Programa de Salud Municipal** anual

MINSAL comunica las normas técnicas, a través de los SS, a más tardar el 10/9

Alcalde remite el Plan de Salud al Servicio de Salud, a más tardar el 30/11

El SS hace observaciones al Alcalde si el Plan de Salud no se ajusta a las normas técnicas

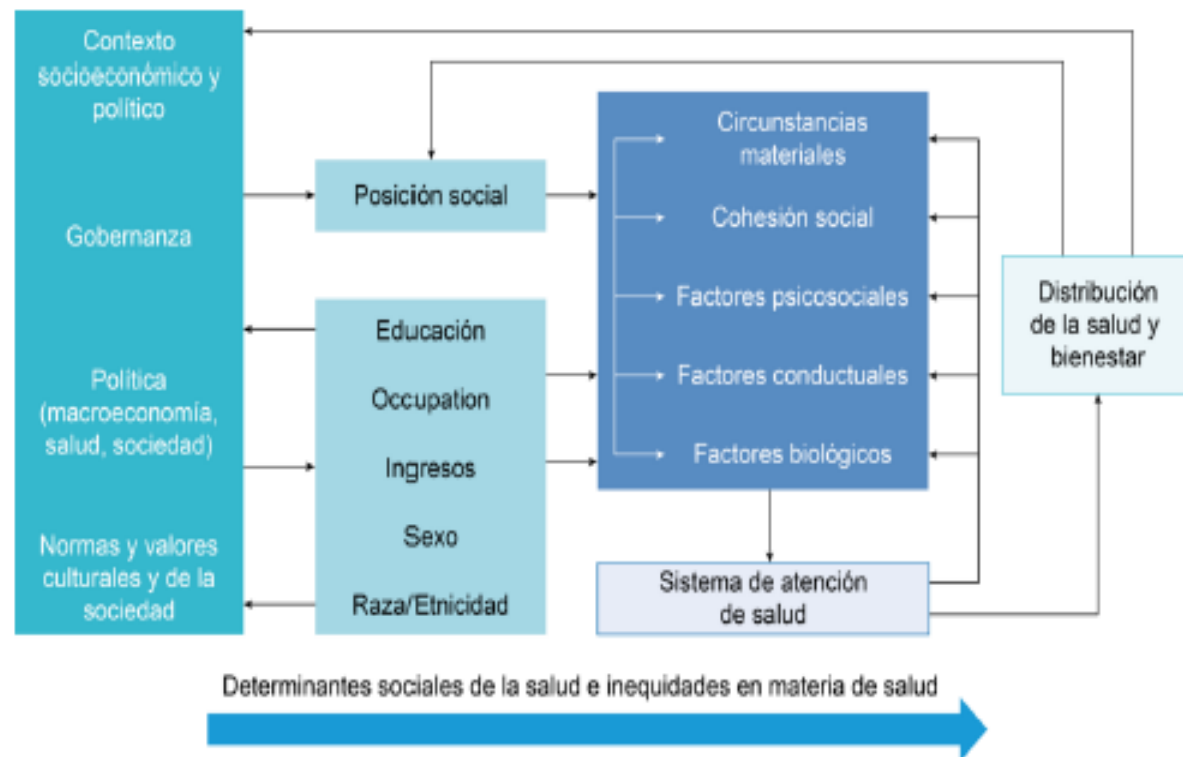
Observaciones rechazadas por la comuna, constitución de Comisión evaluación (Seremi, Alcalde y Director de SS)



Nivel Comunal:

- Plan de Salud Comunal de alcance plurianual (hasta fin periodo).
- SS evalúa inicialmente el Plan de Salud Comunal, en consonancia con los planes y programas ministeriales y necesidades locales.
- Desarrollo del plan bajo lógica de Determinantes Sociales de la Salud.
- Evaluación anual del componente programático asistencial del Plan de Salud Comunal (Programa de Salud Municipal), la cual avanzará hacia la observación de los logros alcanzados, cumplimiento y/o avance de los aspectos priorizados en la planificación sanitaria comunal.

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



- Antecedentes: ***Innovaciones Planificación 2023***

Nivel Servicios de Salud:

- Formulación de un Plan de Salud en Red que considere:
 - Los Planes de Salud Comunal de su territorio, y los correlacione con las necesidades de salud de la población y los recursos asistenciales disponibles
 - Que sea acorde a los Objetivos Sanitarios formulados en la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 y los énfasis señalados en el Plan de Gobierno 2022-2026.
 - Este Plan de Salud en Red se corresponde con las atribuciones de planificación y coordinación de la Red Asistencial.
- Representación del Plan de Salud en Red en las programaciones operativas y en el Sistema Informático de Monitoreo de la Planificación Operativa (SIMPO).
- 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.

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



Ruta

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



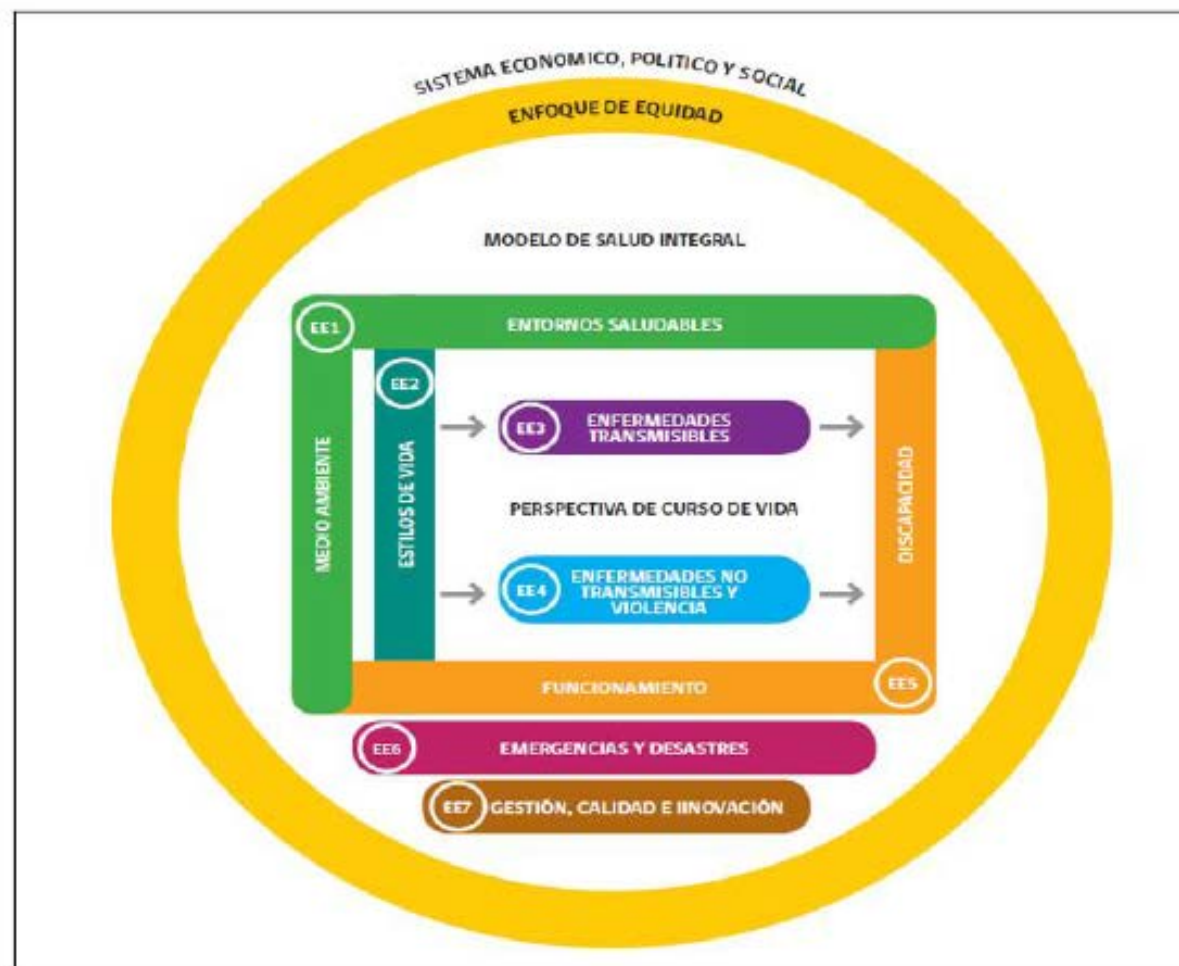
- Bases conceptuales: Marco de Planificación Estratégica (GBR)

Figura 2. Marco de Planificación Estrategia Nacional de Salud (Fuente: Elaboración propia MINSAL)



- Bases conceptuales: Objetivos Sanitarios

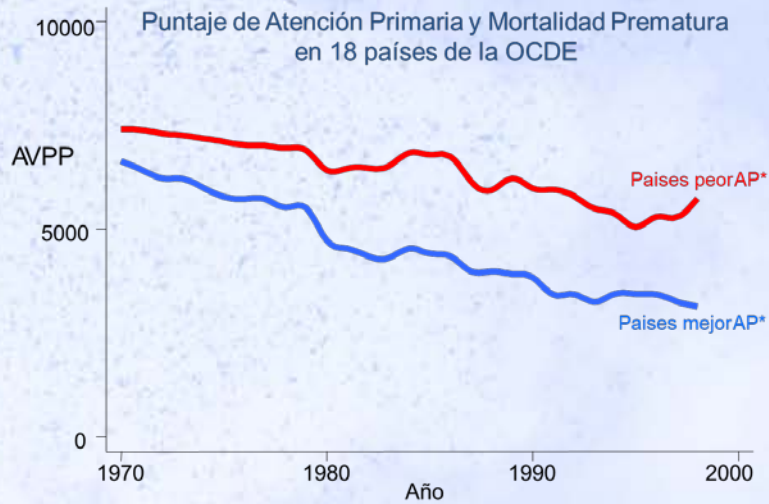
Figura 3. Marco Conceptual Objetivos Sanitarios al 2030 Fuente: Fuente: Elaboración propia MINSAL



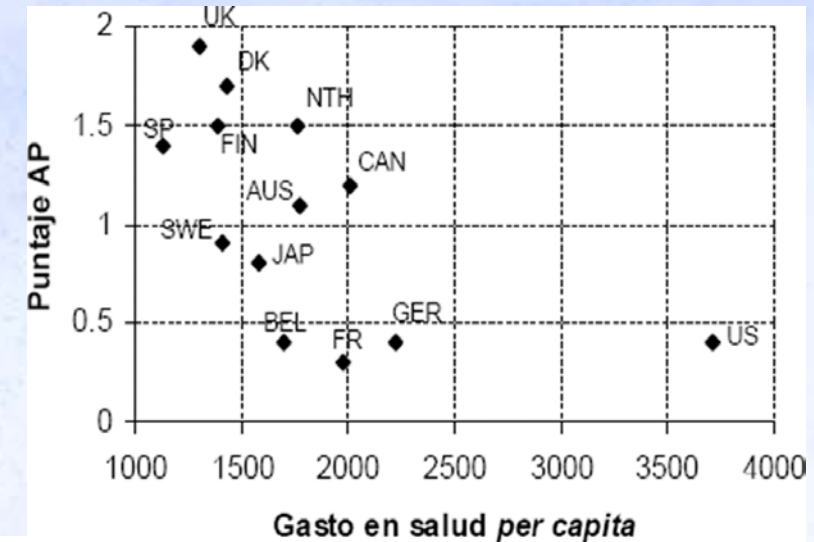
- Bases conceptuales: Redes Integradas de Servicio de Salud basadas en Atención Primaria



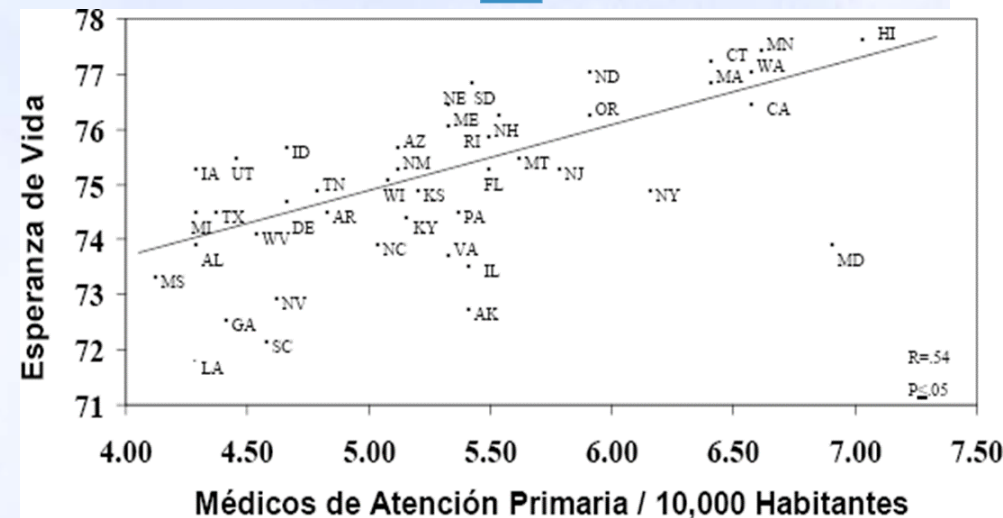
Evidencia de Impacto en Salud de Sistemas Basados en APS y Medicina Familiar



A mayor Dotación de médicos familiares, mayor esperanza de vida



A mayor puntaje de APS, menor Mortalidad Prematura



A mayor puntaje de APS menor Gasto en Salud

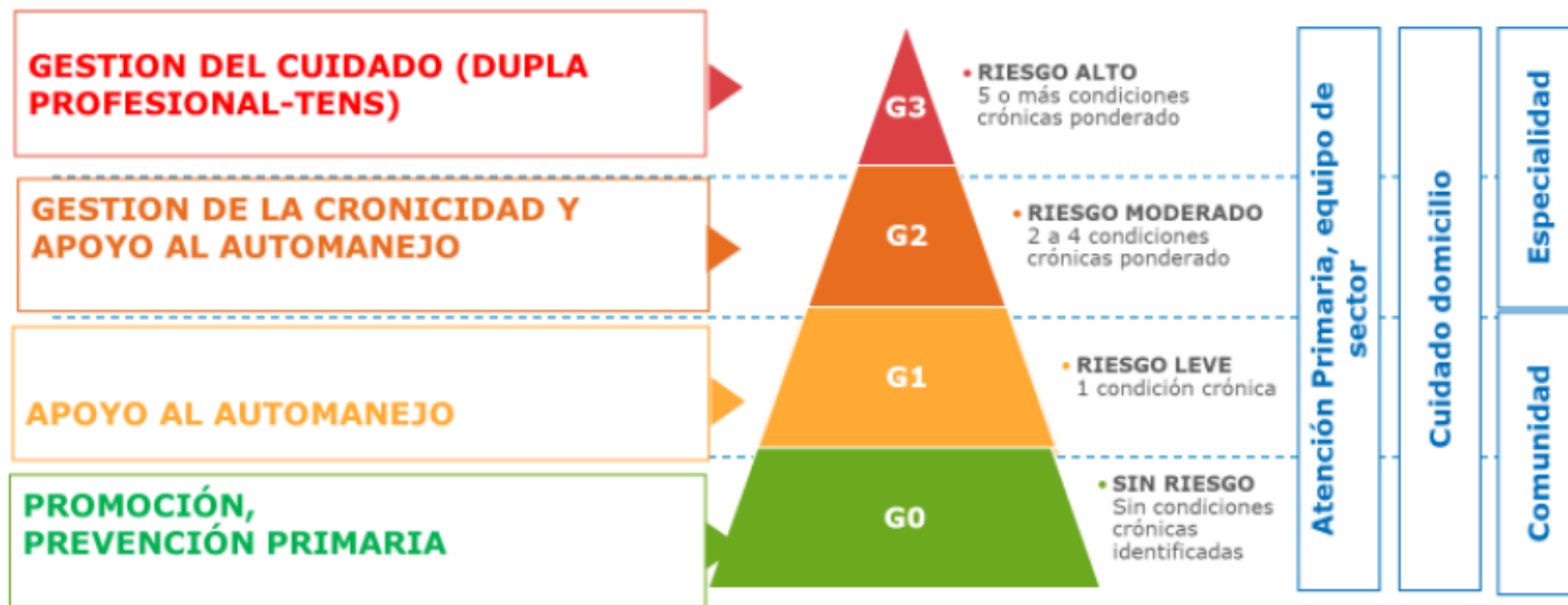
¹Macinko et al, Health Serv Res 2003; 38:831-65.

²Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: an international perspective. Health Policy 2002; 60: 201-218

³Shi L, Macinko J, Starfield B, Wulu J, Regan J, Politzer R. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. J Am Board Fam Pract. 2003; 16: 412-22.

- Bases conceptuales: Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas (ECICEP)

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



Ruta

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



- Aspectos Metodológicos para la Planificación en Red

Plan de Salud Comunal

El Plan de Salud Comunal (PSC), de acuerdo con el artículo 58 de la Ley N°19.378 es de responsabilidad de cada entidad administradora de salud municipal y debe enmarcarse en las normas técnicas y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud⁵⁴. Dicho plan debe guiar el accionar comunal en los temas de salud, respondiendo a las características de salud propias de la población perteneciente a su territorio. El PSC debe ser formulado a través de una planificación estratégica y debe tener una visión de mediano plazo, es decir, debe formularse, **a lo menos, para todo un período alcaldicio y tener ajustes anuales en caso de ser necesario**. La comuna debe procurar la participación de los funcionarios y funcionarias que conforman los equipos de salud y de los sectores de la comunidad que contribuyan a los objetivos sanitarios del territorio.

Posterior a la elaboración del PSC, cada entidad administradora debe formular anualmente un **Programa de Salud Municipal (PSM)** que debe actualizar al PSC y dar cuenta de los cambios en la situación de salud del territorio y de los avances y retrocesos en las metas programadas para el periodo⁵⁵. Comenzar desde cero la planificación estratégica y el diagnóstico de salud comunal, cada año, no es necesario ni útil.

En la formulación a entregar al 30 de noviembre de 2022 se espera que las comunas desarrollen la planificación estratégica en salud contenida en el PSC para los años 2023-2024, tomando como base la planificación estratégica comunal contenida en el **Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO)**, que constituye el instrumento rector de desarrollo de la comuna (Ley 18.695). Posteriormente, se debe realizar una actualización para los años 2023 y 2024 a través del PSM. El marco propuesto está en línea con el **ciclo de planificación** descrito en este documento, que consta de cuatro etapas:

1. Etapa 1: Identificación/Análisis
2. Etapa 2: Diseño y Formulación
3. Etapa 3: Ejecución y Seguimiento
4. Etapa 4: Evaluación

Se espera que las etapas 1 y 2 estén contenidas en el PSC 2023-2024. En el transcurso de 2023 se deben ejecutar las acciones contenidas en el plan y darles seguimiento, y en el segundo semestre del mismo año se debe realizar la evaluación y actualización del plan e incluirla en el PSM 2023 (ver figura 10).

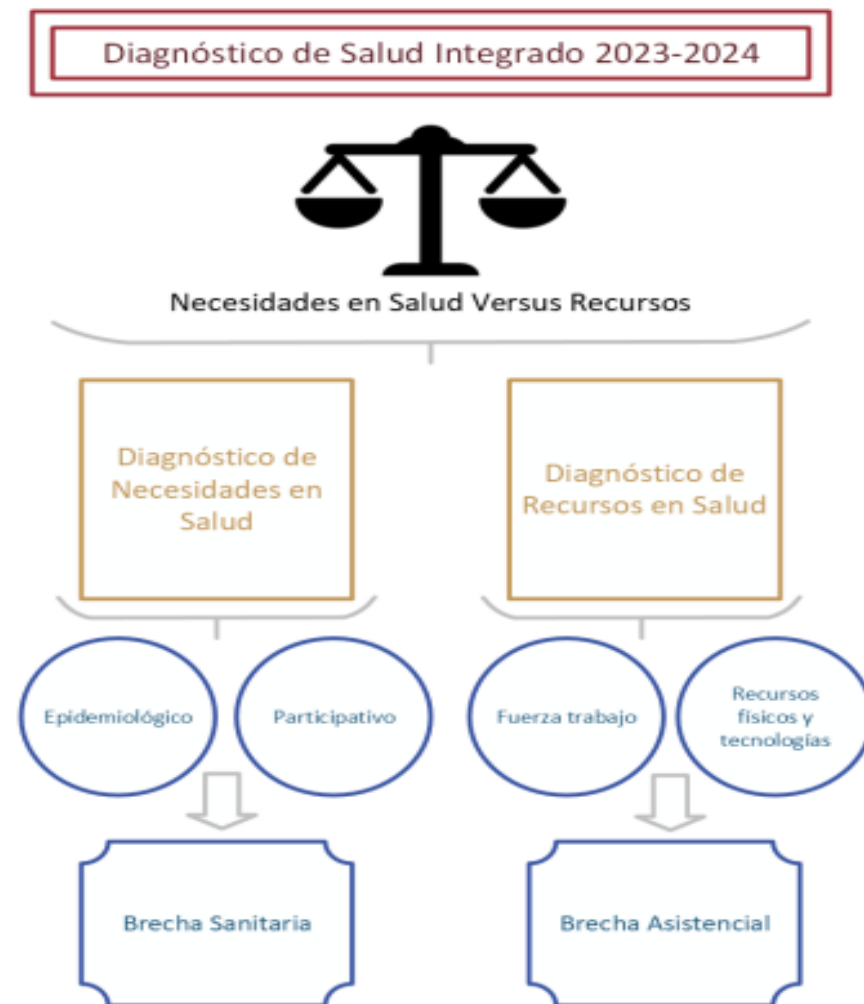


- Aspectos Metodológicos para la Planificación en Red

Figura 11. Formulación de política comunal de salud 2023-2024 (Fuente: Elaboración propia MINSAL).



Figura 12. Diagnóstico de Salud Integrado y estimación de la brecha sanitaria y asistencial (Fuente: elaboración propia MINSAL).



Ruta

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



• Aspectos Teóricos y Prácticos de la Programación asistencial

La programación es un instrumento de gestión que debe sistematizar los aspectos concretos y medibles relacionados con las actividades que se espera generar en el transcurso de un periodo de tiempo determinado, el que habitualmente se corresponde con un año.

Estimación Cuidados Primarios:

- ☐ Demanda de morbilidad según tasa de consulta, de prevalencia de condiciones crónicas por grupo de edad grupo de riesgo.
- ☐ Estimación de controles de salud y de condiciones crónicas según población bajo control, cobertura, concentraciones y rendimientos.
- ☐ Estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud.
- ☐ Estimación del Plan Nacional de Inmunizaciones (PNI)
- ☐ Estimación del Programa Nacional de Alimentación Complementaria y del Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor (PACAM).
- ☐ Estimación de procedimientos.
- ☐ Estimación de Interconsultas al nivel de mayor complejidad.
- ☐ Estimación de atenciones remotas

Estimación de Recursos Necesarios:

- ☐ Cálculo de horas técnico-profesionales para entregar cuidados primarios (Ver estimación de recursos y demanda).

Oferta de recursos

- ☐ Oferta de horas técnico-profesional para entregar cuidados primarios.

Brechas de Recursos

- ☐ Brecha de horas de técnico-profesional para cuidados primarios.

- Aspectos Teóricos y Prácticos de la Programación asistencial

Actividad	Cobertura	Concentración Anual	Rendimiento
Consulta morbilidad	100%	Infancia y personas mayores: 2 Otros: 1	3
Control de salud integral de Niños y Niñas (NN) de 0 a 9 años	100%	NN de 0 a 11 meses: 6	2
	100%	NN de 12 a 71 meses: 1	2
	100%	NN de 72 meses a 9 años: 1	3
Control de salud integral con aplicación de instrumentos de evaluación del DSM	100%	NN de 8 y 18 meses: 1	1,5
	100%	NN de 3 años: 1	1
Consulta Nutricional en la infancia	100%	NN de 5 meses y NN de 3 años 6 meses: 1	2
Consulta de Lactancia Materna	100%	Madres y lactantes hasta 6 meses	2
Control de Salud Integral de Adolescentes (10 a 19 años) *	100%	1	1,3- 2



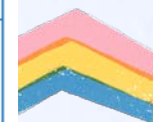
- Aspectos Teóricos y Prácticos de la Programación asistencial

Actividad	Cobertura	Concentración Anual	Rendimiento
EMP (Examen de medicina Preventivo)	33%	Adulto 1 cada 3 años	3
	100%	Adulto mayor 1	1.5
Control de crónicos *2	100%	Diabetes Mellitus II 4	2-3
	100%	Hipertensión Arterial 4	2-3
	100%	Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 2-3	2



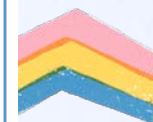
- Aspectos Teóricos y Prácticos de la Programación asistencial

Actividad	Cobertura	Concentración Anual	Rendimiento
Cuidado integral de personas con multimorbilidad crónica	100% personas de 15 y más años con alto riesgo de complicaciones (G3)	Ingreso integral 1	Ingresos Controles Seguimiento a distancia 4
		Control integral 4	
		Seguimiento a distancia 6	
	Ver detalle según nivel de riesgo en apartado 5.2.1. a) cuidado integral centrado en la persona. Rendimiento se incorporan 10 minutos para actividades de higienización entre paciente y paciente		
Visita domiciliaria integral	25%	1	1
Visita domiciliaria integral a personas con dependencia severa	100%	2	1
Control prenatal	100 % Ingreso	1	1
	100% seguimiento	6	2
Control ginecológico preventivo (20 - 64 años) Se considera Examen de medicina Preventivo.	33%	1	2
Control preconcepcional	100%	2	2
Atención por Salud Digital	Estimación por referencia a especialidad del año anterior	2	3
Consejería familiar	20% familias en riesgo	3	2-3
Consejería familiar integrante con condición crónica	20% familias en riesgo y con integrante con condición crónica	3	2-3



- Aspectos Teóricos y Prácticos de la Programación asistencial

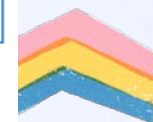
Actividad	Cobertura	Concentración Anual	Rendimiento
Consulta kinésica	Infancia 100 % Ira baja < 5 años	3,25	3-4
	Infancia 100 % ingreso asma	1	2-3
	Adulto y Adulto Mayor 100% EPOC	2	2-3
	Adulto y Adulto Mayor 100% ASMA	2	2-3
	20 a 30 % Rehabilitación pulmonar	26	0,75
	Otros diagnósticos. respiratorios	1	1
Consulta kinésica	Adulto Mayor 30-50% neumonía adquirida en la comunidad (NAC)	3,25	2-3
Consulta nutricional	100% adulto según prevalencia u observado	1	3
Consejería salud mental	30% de la prevalencia esperada de riesgo psicosocial, la cual es de 16,7%.	1	2-3
Intervención Psicosocial Grupal	17% de la población potencial con trastornos mentales.	4-6	0.5



• Aspectos Teóricos y Prácticos de la Programación asistencial

Actividad	Cobertura	Concentración Anual	Rendimiento
Consulta de Salud Mental	17% de la población potencial con trastornos mentales.	1-2	1.5-2
Control por Psicólogo	17% de la población potencial con problemáticas de salud mental y/o trastornos mentales.	4-6	1.5
Control de Salud Mental por otros profesionales	17% de la población potencial problemáticas de salud mental y/o trastornos mentales.	4-6	1,5-2
Intervención comunitaria en establecimientos educacionales	30% de los establecimientos educacionales del territorio del CESFAM, reciben intervención.	2-4	0.5
Consultorías de salud mental	12 consultorías por cada centro de APS (CESFAM y Hospitales Comunitarios)	12 consultorías anuales	0.25
Colaboración grupos de autoayuda, organizaciones de usuarios y familiares y organizaciones comunitarias de base	El 40% de los grupos y organizaciones presentes en el centro de APS (que son parte del catastro), reciben asesoría por parte del equipo de salud.	1 - 2 por grupo u organización	0.5
Primeros auxilios psicológicos (PAP)**	100% de los usuarios que requieran este tipo de apoyo.	1	2-3

*1 En el Control de Salud de Adolescentes realizado de manera remota el rendimiento es de 30 a 45 minutos. Cuando se realiza de manera presencial (Control de Salud Integral), se estima un rendimiento de 45 minutos. ** De acuerdo con la prevalencia observada y al riesgo.



- Aspectos Teóricos y Prácticos de la Programación asistencial

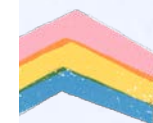
Grupo Objetivo según estratificación	Actividades	Concentración	Rendimiento/hora	Equipo de sector
Población con riesgo alto (G3)	Ingreso integral o primera atención en cuidados Integrales	1	1	Médico/a
		1	1	Profesional
	Control Integral	2	1.3	Médico/a
		2	1.3	Profesional
	Seguimiento a distancia (telefónico)	6	4	Profesional TENS
	Gestión administrativa - enlace con nivel secundario y gestión del cuidado integral (gestión de caso)	6	3	Profesional TENS
	Visita Domiciliaria	1	1	Profesional
Población con riesgo moderado (G2) y leve (G1)	Ingreso integral o primera atención en cuidados Integrales	1	1.3	Médico/a
		1	1.3	Profesional
	Control Integral	1	1.3 a 2	Médico/a
		2	1.3 a 2	Profesional
	Seguimiento a distancia (telefónico)	4	4	Profesional TENS



- Aspectos Teóricos y Prácticos de la Programación asistencial

Estándares para la Programación Operativa Odontológica

Actividad (por grupo etario)	Cobertura	Concentración	Rendimiento
CERO 0-1 años	80%	1	2
CERO 2 - 3 años	70%	2	2
CERO 4-6 años	50%	2	2
CERO 7 a 19 años	35%	1	2,5
Educación grupal * <20 años	35%	1	2
Educación grupal* diabéticos	25%	1	2
Educación grupal * GES embarazadas	50%	1	2
Morbilidad diabéticos	25%	5	2
Morbilidad < 20 años diurna	35%	3	2
Morbilidad 20 años y más diurna	30%	1	2
Morbilidad embarazadas	50%	5	2
Radiografías periapicales y BW	3,0%	1	5
Urgencias odontológicas GES	2,5%	1	3
Morbilidad en extensión horaria (percapitada)	17,0%	1	2



- Aspectos Teóricos y Prácticos de la Programación asistencial

Estándares para la Programación Operativa Odontológica – PRAPS

Actividad (por grupo etario)	Población Comprometida	Concentración	Rendimiento
Sembrando Sonrisas (Examen de salud oral y Aplicación de Barniz)	100%	1	4
Sembrando Sonrisas (Aplicación de Barniz)	100%	1	5
Atención domiciliaria	100%	3	0,4
Atención educación media	100%	3	2,5
GES Salud Oral 60 años	100%	10	2
Más sonrisas para Chile	100%	10	2
Altas Odontológicas Integrales a hombres de 20 años y más	100%	10	2
Endodoncia Odontólogo General	100%	3	1
Endodoncia Especialista	100%	2,5	1,5
Prótesis Removible Odontólogo General	100%	6	2,5
Prótesis Removible por Especialista en Rehabilitación Oral	100%	6	2,5
Periodoncia Especialista	100%	4	2
Morbilidad en extensión horaria-PRAPS	100%	1	2



• Aspectos Teóricos y Prácticos de la Programación asistencial

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



Gracias

Subdirección de Atención Primaria
Servicio de Salud Coquimbo

Octubre 2022

