

ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2020

Subsecretaría de Redes Asistenciales







“Cuando una persona está enferma, débil y vulnerable es cuando más necesita que la atiendan con urgencia, la traten con dignidad y la ayuden a recuperar su salud perdida”.

Sebastián Piñera Echenique
Presidente de la República

El Documento **“Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2020”**, está conformado por:

1. **Cuadernillo: “Bases conceptuales de la Planificación y Programación en Red”**
2. **Matriz de Cuidados a lo largo del Curso de Vida**

Anexos página Web MINSAL:

1. Enfoques de la planificación en la red de atención de salud pública
2. Plan nacional de salud, Ejes estratégicos y metas de impacto
3. Participación Ciudadana en Atención Primaria
4. Vigilancia Epidemiológica en APS
5. Calidad
6. Diagnóstico de Población Migrante
7. Salud ocupacional
8. Gestión de Recursos Financieros
9. Lineamientos estratégicos PAC
10. Planilla PAC
11. Promoción de la Salud
12. Definición de Reuniones Intra-establecimientos
13. Recomendaciones de coordinación
14. Glosario de Actividades Clínicas
15. Consideraciones Atención Ambulatoria de Especialidad
16. Criterios técnicos para la programación de prestaciones de Rehabilitación
17. Atención Abierta de SM
18. Atención Cerrada de SM
19. Rendimientos de especialidades Odontológicas
20. Modelo Oncológico y descripción de prestaciones oncológicas
21. Programación Q.F.
22. Imagenología

ÍNDICE DE CONTENIDO

CAPÍTULO I. BASES CONCEPTUALES	9
1.1. ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA	10
1.2. OBJETIVOS SANITARIOS 2011 - 2020	11
1.2.1. CADENA DE RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	12
1.2.2. EJES ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO	12
1.2.3. EVALUACIÓN ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD	14
1.2.4. DESDE ALMA-ATA HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE	15
CAPÍTULO II. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)	16
2.1. DESAFÍOS DEL TRABAJO EN RED	18
2.2. LOS DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN CHILE	19
2.3. ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED	20
2.4. PROCESO DE DISEÑO DE LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD	22
CAPÍTULO III. MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA	23
3.1. PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	24
3.2. CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA, CON ÉNFASIS EN LA MULTIMORBILIDAD	27
3.3. DEFINICIÓN DE CALIDAD	29
CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN	32
4.1. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	32
4.2. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN	32
4.3 FASES DE LA PLANIFICACIÓN	35
4.3.1. DIAGNÓSTICO	35
4.3.2. PLAN DE ACCIÓN	37
4.3.3. EVALUACIÓN Y MONITOREO	38
4.4. PLAN DE SALUD COMUNAL	40
CAPÍTULO V. PROCESO PROGRAMÁTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA	42
5.1. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES	42
5.2. PROPUESTA PLAN DE TRABAJO "PROCESO PROGRAMÁTICO"	43
5.2.1. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES	46
5.2.2. ACTIVIDADES DE ODONTOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN CONTEXTO DE RED	47
5.2.3. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA	48

5.3. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA	49
5.3.1. METODOLOGÍA	49
5.3.2. ACTIVIDADES	50
5.3.3. EVALUACIÓN, SELECCIÓN DE LOS INDICADORES, DETERMINACIÓN DE MONITOREO	53
5.3.4. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES	53
5.3.5. ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA	54
CAPITULO VI. COORDINACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL USUARIO	57
6.1. RECOMENDACIONES DE COORDINACIÓN	58
6.2. EXPERIENCIA DE PROGRAMACIÓN EN RED: AVANCES DE PROYECTO EQUITY II-RED ASISTENCIAL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE	59
CAPITULO VII. PROGRAMACIÓN EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO	65
7.1. PROGRAMACIÓN DESDE LA DEMANDA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO	68
7.2. PROGRAMACIÓN DESDE LA OFERTA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO	69
7.3. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA	72
7.4. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN CERRADA	72
7.5. ESTÁNDARES SUGERIDOS PARA PROGRAMACIÓN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA	74
7.6. PROGRAMACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS	75
COLABORADORES	76

PRESENTACIÓN

Con el fin de dar respuesta al rol normativo y regulador del Ministerio de Salud, de acuerdo a la Ley N° 19.937, y al mandato legal establecido en la Ley N° 19.378 Estatuto de Atención Primaria, todos los años nuestro Ministerio debe poner a disposición de los equipos de salud las “Orientaciones de Planificación y Programación en Red” para el año siguiente.

El presente documento, tiene por objetivo, poner a disposición de los equipos de salud un conjunto de orientaciones técnicas que, en consistencia con las prioridades sanitarias nacionales y el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, permitan el desarrollo de acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación. De esta forma, logramos optimizar el uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, orientándolos a resultados medibles y facilitando la integración funcional de la Red Asistencial.

Esta gestión fortalece la Atención Primaria, de tal forma que mejora el acceso y otorga satisfacción a las necesidades de salud de la población, de acuerdo al marco normativo vigente, como así también, incluye actividades de salud que se ejecutan en nuestra red sanitaria y que forman parte de los planes nacionales de salud mental, cáncer, obesidad y envejecimiento.

La Programación en Red para el año 2020, recoge algunos desafíos:

1. Destacar la importancia de considerar la salud, desde la perspectiva de curso de vida, con estándares de seguridad y calidad en la atención de salud.
2. Incorporar una visión a corto plazo, a través de la Programación anual de la Red; y de mediano y largo plazo, mediante una Planificación de la Red Asistencial.
3. Integrar las acciones del sector salud con las del intersector tendientes a mejorar la situación de salud de la población.
4. A partir de la implementación y/o adecuación de las distintas estrategias para el logro del impacto sanitario formulado en los Objetivos Estratégicos, incluidos en la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020, avanzar en el cumplimiento de los desafíos sanitarios de la próxima década.
5. Implementar una nueva estrategia de atención para pacientes con múltiples patologías crónicas, la cual aspira a que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en ellas, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Todo esto, en el marco de responder a las necesidades que genera la cronicidad en las personas, sus cuidadores, equipo de salud y población en general.

Asimismo, un aspecto relevante que no podemos olvidar, lo constituye la calidad de los servicios otorgados y el buen trato en la atención, la cual se ve reflejada en la satisfacción de nuestros usuarios. En este contexto, el llamado debe ser a seguir trabajando a través de la protocolización de prestaciones, las constantes capacitaciones de los equipos de salud y el fortalecimiento de la participación ciudadana, esto con el fin de facilitar el acceso a una atención de salud digna y mejorar la respuesta a las necesidades de salud de la población.

Los desafíos que tenemos por delante son grandes. No obstante, sabemos que, con el trabajo de todos, podremos enfrentar de buena manera y así poder mejorar la calidad de vida y la salud de nuestros usuarios.

Arturo Zúñiga Jory
Subsecretario de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

CAPITULO I. BASES CONCEPTUALES

La sociedad espera que, en el ámbito de la Salud Pública, el Estado tenga como rol ser garante del derecho fundamental a la salud.

Para poder garantizar este derecho, el Estado, a través de sus diferentes instituciones y niveles, actúa en los ámbitos de promoción, protección, prevención y recuperación de la salud, llevando a cabo las siguientes funciones y actividades:

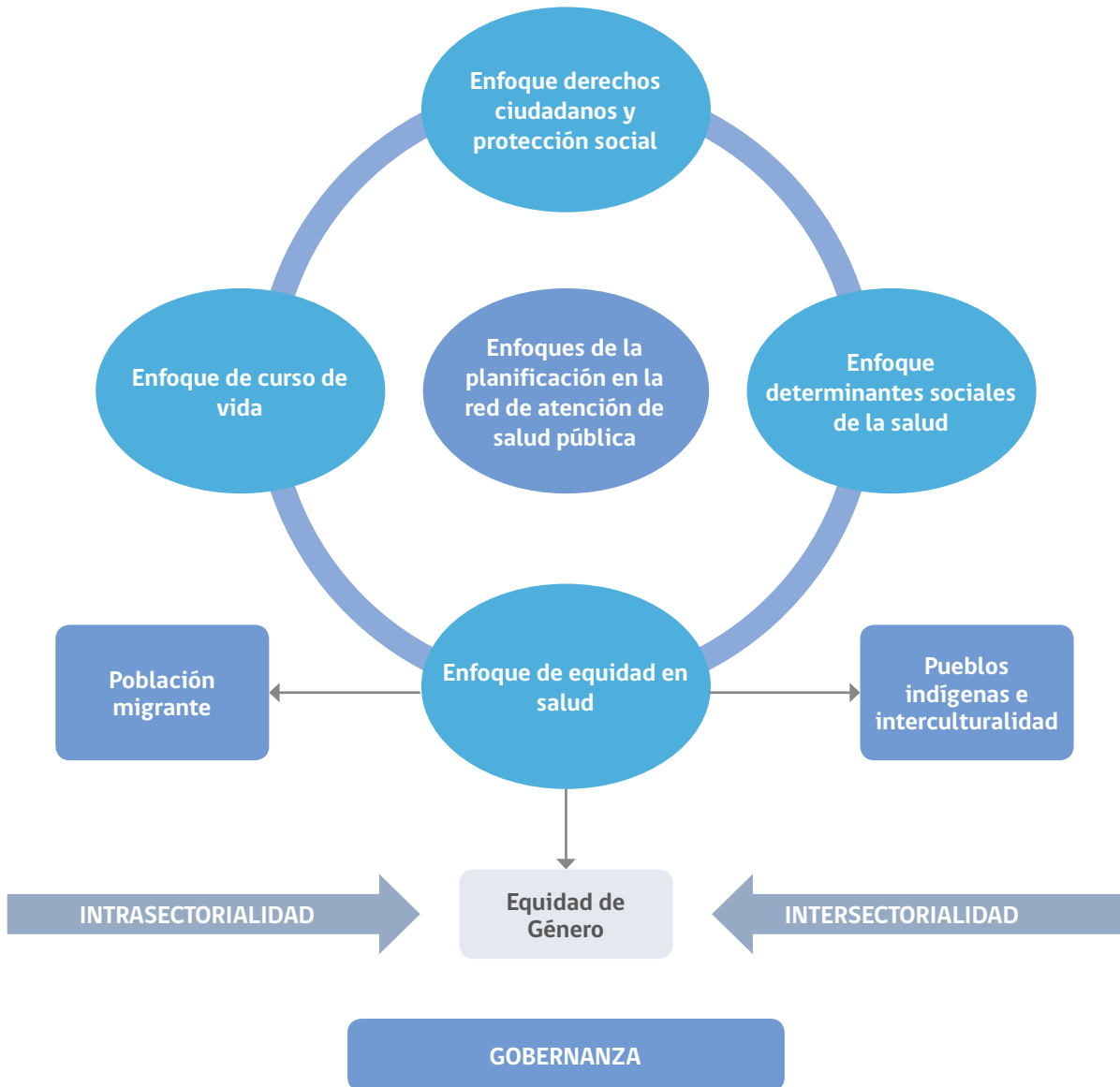
- Monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población.
- Vigilancia, investigación y control de los riesgos y amenazas para la salud pública.
- Reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública
- Promoción de la salud.
- Aseguramiento de la participación social en la salud.
- Formulación de las políticas y la capacidad institucional de reglamentación y cumplimiento en la salud pública.
- Fortalecimiento de la capacidad institucional de planificación y manejo en salud pública.
- Evaluación y promoción del acceso equitativo a los Servicios de Salud.
- Capacitación y desarrollo del recurso humano.
- Aseguramiento de la calidad en los Servicios de Salud.
- Investigación en salud pública.

Para cumplir a cabalidad estas funciones, cada instancia tanto de las redes asistenciales como de la autoridad sanitaria, debe desarrollar procesos integrados, sistemáticos, planificados, integrales y participativos de gestión de los servicios, de acuerdo a su ámbito y nivel de competencia.

1.1. ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA

A modo de síntesis la siguiente ilustración reseña los enfoques de planificación en la red de atención de salud.

ILUSTRACIÓN 1. ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP



Revisar **enfoques de planificación en la red de atención de salud**

1.2. OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020

El sector salud en su constante búsqueda de enfrentar los desafíos que afectan a la población, estableció en la década anterior una profunda reforma, en cuyos ejes establece la definición de Objetivos Sanitarios, los cuales guían el accionar del sector, así como el abordaje intersectorial.

De esta forma, se establece como imprescindible una visión amplia de la salud en la perspectiva de la producción social y el enfoque de los determinantes sociales de la salud, de manera que los Objetivos Sanitarios de la Década (OSD) sean una Política de Estado más que solo sectoriales.

Es así que para el periodo 2011–2020 se plantean como Objetivos Sanitarios:

- Mejorar la salud de la población
- Disminuir las desigualdades en salud
- Aumentar la satisfacción de la población frente a los Servicios de Salud
- Asegurar la calidad de las intervenciones sanitarias

Entre los aprendizajes que se establecieron con la implementación de los OSD 2000–2010, se destaca la necesidad de insertarlos en un sistema de planificación en el que se defina un plan de implementación, seguimiento y evaluación, que incluya la definición de indicadores, actividades, recursos y responsables; el que debe integrar a todos los niveles de la organización de salud para avanzar en la formulación y gestión efectiva de las metas. Este aprendizaje es el fundamento de la formulación de la Estrategia Nacional de Salud (ENS) para el cumplimiento de los OSD 2011–2020. Durante fines del 2014 se inicia un proceso de mejora con el propósito de enfatizar la lógica de su diseño y así generar una mayor claridad en torno a la contribución que cada nivel tiene sobre las metas definidas.

Este trabajo se traduce en la elaboración del documento **“Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020”** que esquematiza la cadena de resultados, utilizada en su diseño, en las diversas temáticas de salud que se abordan en la ENS. De este modo se determina que para el logro de los cuatro objetivos sanitarios existen nueve ejes estratégicos, desde los cuales se establecen metas de impacto y resultados esperados, las que se miden a través de indicadores, correspondiendo a su vez la selección de actividades, intervenciones clínicas o procesos organizacionales, los que permitan ir avanzando en el cumplimiento adecuado de los OSD.

Para avanzar en la consecución de los resultados formulados en la ENS, se establece la necesidad de construir un **plan operativo anual**, el cual corresponde en términos generales a la formulación de actividades que propicien el cumplimiento progresivo y oportuno de las metas establecidas en los distintos niveles del sector, lo cual permitirá vincular los procesos operacionales del sector, con la planificación estratégica.

De esta forma y considerando los perfiles epidemiológicos actuales, que imponen una alta exigencia a la eficiencia y eficacia de las políticas públicas de salud, será nuestra capacidad de adaptarnos y responder adecuadamente a estos requerimientos, la que en parte determinará también el cumplimiento de los OSD, estableciéndose por lo tanto la necesidad de una vinculación efectiva en los distintos niveles del sector, así como también con el intersector.

1.2.1. CADENA DE RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

CADENA DE RESULTADOS	DEFINICIÓN	NIVEL DE PLANIFICACIÓN
Impacto	Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud o sus determinantes que ocurren en el largo plazo de manera sostenible. Por ejemplo, una mejora de la situación sanitaria de la población, conseguida gracias a una disminución de la morbilidad y mortalidad, la eliminación o erradicación de una enfermedad, una disminución de la prevalencia de factores de riesgo, financiamiento equitativo, entre otros.	Estratégico (común para todos los actores y nivel de responsabilidad)
Resultado Esperado	Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud o sus determinantes que ocurren a corto o mediano plazo atribuibles a las intervenciones del sector o intersector, además de aquellos cambios que pueden afectar la capacidad y funcionamiento del sistema de salud, como la cobertura de vacunación, la cobertura de tratamiento o el acceso a la atención.	
Resultado Inmediato	Todo aquello que el sector e intersector pretende hacer para contribuir al logro de los resultados esperados y sobre lo cual tendrán que rendir cuentas. Se refiere a resultados relacionados directamente a los productos y servicios en cada nivel de responsabilidad. Por ejemplo; estándares normativos, intervenciones, Programas, directrices y otros.	Operativo (diferenciado según nivel de responsabilidad)
Actividad	Conjunto de acciones realizadas a fin de producir los resultados inmediatos. Deben estar claramente vinculadas a la consecución de cada uno de los resultados inmediatos.	

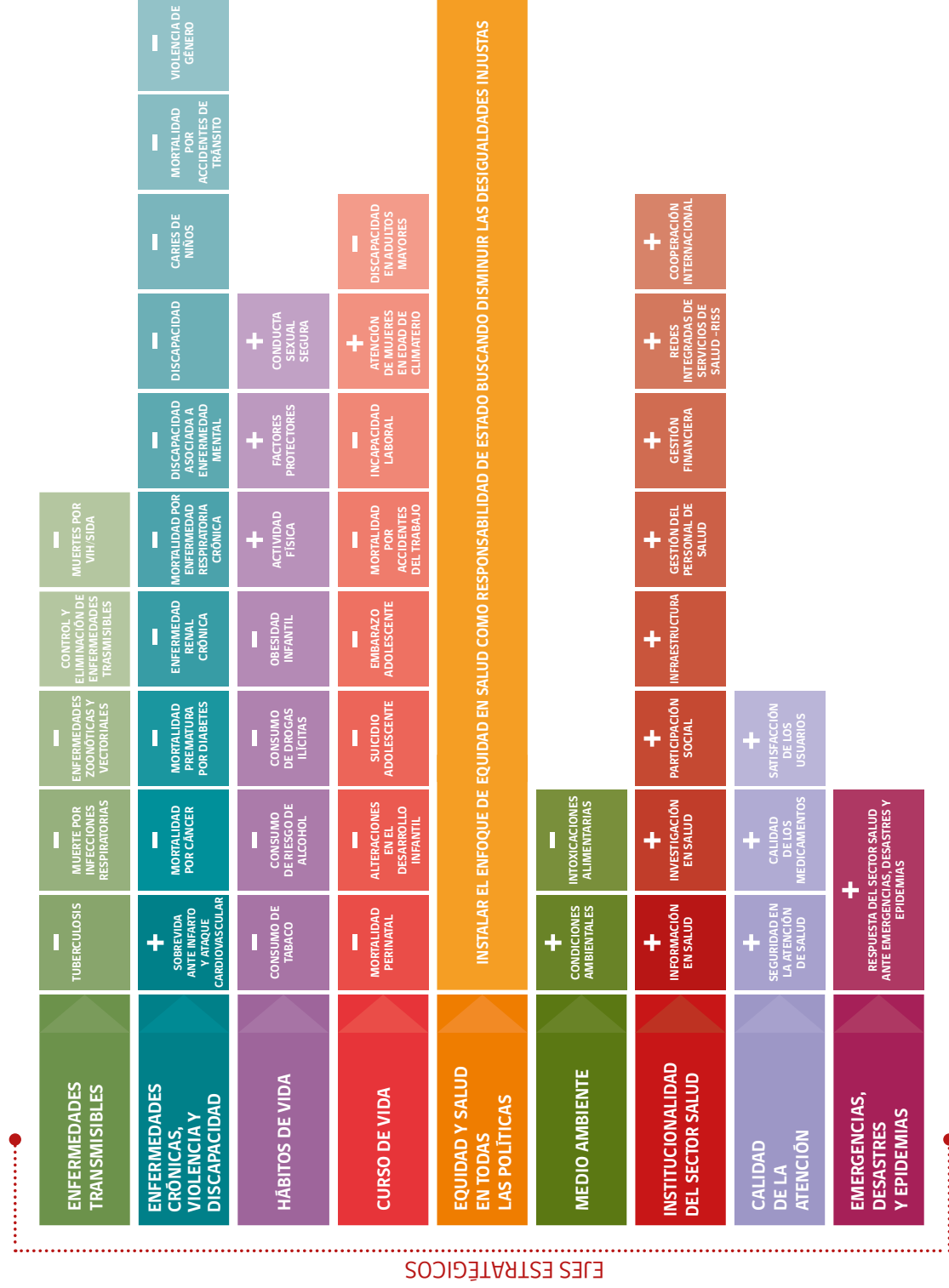
1.2.2. EJES ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO

Se presenta a continuación el Plan nacional de salud, con sus Ejes Estratégicos, indicando los temas que aborda y sus Metas de Impacto.

OBJETIVOS SANITARIOS 2011-2020



ILUSTRACIÓN 2. PLAN NACIONAL DE SALUD



Fuente: Plan nacional de salud para los objetivos sanitarios al 2020.

1.2.3. EVALUACIÓN ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

De acuerdo a la OMS, una estrategia de salud nacional sólida es aquella que se basa en un análisis y una respuesta al contexto, creada de manera participativa y transparente, acompañada por un marco de financiamiento y auditoría y depende de mecanismos sólidos de monitoreo y evaluación (OMS, 2011).

Al igual que en la década anterior y como parte de la gestión integral, el componente de la evaluación se hace imprescindible para revisar el estado de avance hacia las metas establecidas y a su vez permite visualizar las medidas concretas que se deben desarrollar para organizar una respuesta para el logro de los objetivos propuestos. Es en este sentido que la evaluación a mitad de periodo buscó dar cuenta del progreso hacia el cumplimiento de los objetivos sanitarios. Revisar detalle de cada uno de los ejes estratégicos y metas de impacto de la década e identificar medidas de mejora para reorientar los esfuerzos, con miras de que éstos sean alcanzados al 2020.



Revisar **detalle de cada uno de los ejes estratégicos y metas de impacto**

A continuación, se observa el estado de avance a la fecha, de los objetivos de impacto, según las categorías establecidas.

Estado de Avance	Numero de Indicadores	Temas
Retroceso	8	VIH, Alcohol, Drogas, Obesidad Infantil, Factores protectores, Rezago infantil, Financiamiento hospitales, Hospitalización por IAM en hombres menores de 50.
Avance Discreto	13	TBC, IRA, IAM, Cáncer, Accidentes tránsito velocidad imprudente, Tabaco, Actividad física, Mortalidad Perinatal, Accidente trabajo, Información en Salud, Infraestructura APS, Gasto bolsillo, Insuficiencia cardiaca congestiva
Avance Importante	9	ACV, ERA, Accidentes tránsito asociado al alcohol, Aire, Agua potable reglamentaria, Disposición de aguas servidas, Infraestructura hospital, Gestión personas, Tasa de neumonía asociada al uso de ventilación mecánica
Cumple	17	Dengue y malaria, Rabia humana, Poliomielitis por virus salvaje, Cólera, Rubeola, Sarampión, Diabetes Mellitus, Licencias médicas salud mental, Salud sexual, Suicidio adolescente, Embarazo adolescente, Climaterio, Microbasurales, Enfermedades transmitidas por alimentos, Participación ciudadana, Cooperación internacional, Satisfacción usuaria OIRS
No evaluable	21	Chagas, Hepatitis B, Enfermedad Renal Crónica, Discapacidad por trastorno mental, Discapacidad, Salud bucal (prevalencia de libres de caries y promedio dientes dañados caries), Violencia género (mujeres de 15 a 25 y de 26 a 65 años que reportan violencia), Discapacidad Adulto Mayor, Enfermedad profesional, Inmigrantes (niños en control y mujeres en control de salud), Intercultural, Equidad género, Privados de libertad, Investigación en Salud, Gestión de personas, Medicamentos, Satisfacción usuaria APS, Emergencias y desastres
Total	68	

Como parte integral del proceso de gestión, se están estableciendo las bases para la evaluación de fin de periodo y generar los insumos para la formulación de los próximos objetivos sanitarios y la planificación para la década 2021-2030.

También se ha puesto a disposición, un módulo de monitoreo de los indicadores a través de la plataforma de planificación SIMPO, que permite ver el avance de los indicadores en el nivel estratégico de planificación de la ENS 2011-2020. http://simpo.minsal.cl/monitoreo_indicadores

1.2.4. DESDE ALMA-ATA HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE¹

El 25 y 26 de octubre del 2018, autoridades y representantes de diferentes Estados y Gobiernos del mundo participaron de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: “Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”, para reflexionar en torno a los compromisos expresados hace 40 años atrás.

La declaración de Alma-Ata sentó las bases de lo que es la atención primaria, definiéndola y planteándola como la estrategia disponible para mejorar la salud colectiva en el mundo². La conferencia de Astaná reafirmó las definiciones y los compromisos expresados en Alma-Ata, se compartió acerca de los esfuerzos que han realizado los diferentes países por aumentar la inversión en la atención primaria de salud. Sin embargo, se reconoció que en el mundo siguen existiendo personas con necesidades sanitarias desatendidas. También, se abordaron los desafíos que representa la creciente carga de enfermedades no transmisibles, así como las enfermedades asociadas al cambio climático y otros efectos medioambientales.

Al respecto, e la declaración de Astaná se plantea que “ya no podemos infravalorar durante más tiempo la importancia crucial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, ni tolerar una atención fragmentada, poco segura o de calidad deficiente”. La declaración nos hace un llamado a superar las intervenciones sanitarias focalizadas en enfermedades concretas para dar paso al fortalecimiento de los sistemas de salud con un enfoque integrador³.

Los países firmantes de la declaración se comprometieron a:

- Tomar decisiones audaces en pro de la salud en todos los sectores.
- Construir una atención primaria de salud sostenible.
- Empoderar a las personas y las comunidades mediante su participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud.
- Alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales.

¹ Organización Mundial de la Salud & Global Conference on Primary Health Care (2018). Declaración de Astaná (PDF). Extraído de: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

² Organización Mundial de la Salud & Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978). Declaración de Alma-Ata (PDF). Extraído de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

³ Organización Mundial de la Salud (2018). Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud para todos en la conferencia de Astaná. Extraído el 30 de julio, 2019 de: <https://www.who.int/es/news-room/detail/25-10-2018-new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference>

CAPÍTULO II. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)⁴

El año 2003, con motivo del 25° aniversario de la Declaración de Alma-Ata, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reflexionó en torno a la promesa incumplida de alcanzar salud para todos al año 2000. A pesar de que esa meta no fue alcanzada, Alma-Ata consiguió seguir avanzando en el desarrollo conceptual de lo que significa la salud como el “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, agregando que es un derecho humano fundamental y que para poder alcanzarlo se requiere de “la intervención de actores sociales y económicos, además de salud”⁵.

Alma-Ata definió y reconoció el concepto de Atención Primaria de Salud como una estrategia para mejorar la salud colectiva de los pueblos del mundo⁶.

La OPS comenzó un proceso de evaluación de los diferentes sistemas basados en la atención primaria de salud en la región, para identificar y difundir las mejores prácticas en la materia. Este trabajo dio origen al texto “La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”⁷.

Posteriormente, la evidencia acumulada por la OPS concluyó que uno de los desafíos fundamentales para cumplir con el objetivo de contar con sistemas de salud basados en la estrategia de APS, era la fragmentación presente en las redes de Servicios de Salud. Con el objetivo de aportar con soluciones ante la fragmentación, el año 2008, la OPS inició una consulta en la que participaron diversos países de la región. Este proceso dio origen al libro “Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas”. Al mismo tiempo, la OMS publicó el informe “Atención Primaria de Salud: Más Necesaria que Nunca” en el que se insiste sobre la importancia de anticiparse al daño y dar continuidad a la atención con servicios integrales e integrados entre los distintos niveles de la red sanitaria.

Desde entonces, la OPS/OMS han monitoreado el avance de la estrategia RISS en los países de la región, teniendo como norte el contar con sistemas de salud basados en la estrategia de atención primaria.

⁴ Ministerio de Salud (2019). Orientación Técnica Compromisos de Gestión en el Marco de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

⁵ Organización Mundial de la Salud & Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (1978). Declaración de Alma-Ata (PDF). Extraído de: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

⁶ Organización Panamericana de la Salud, Resolución CD44.R6 Atención Primaria De Salud En Las Américas: Las Enseñanzas Extraídas A Lo Largo De 25 Años Y Los Retos Futuros, Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003

⁷ Organización Panamericana de la Salud (2017). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS.

ILUSTRACIÓN 3: LÍNEA DE TIEMPO RISS BASADAS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA / FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA



Acorde a la definición de OPS, las RISS son **“una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve”**⁸. Lo anterior supone organizar los diferentes dispositivos existentes en las redes de una manera tal, que supere la fragmentación tradicional derivada de la especialización y la parcelación de los diferentes espacios de atención, en un determinado territorio.

La estrategia de trabajo en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) propone 4 ámbitos de abordaje, para avanzar hacia modelos de atención integrados y centrados en las personas:

ILUSTRACIÓN 4: ÁMBITOS DE ABORDAJE PARA SISTEMATIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REDES ASISTENCIALES DE SALUD



Fuente: COMGES 2017

⁸ Organización Panamericana de la Salud (2010). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie: La renovación de la atención primaria de salud en las Américas N4. Washington, D.C.

La OMS por su parte, propone un necesario cambio de paradigma en los modelos de atención señalando que: "A menos que se adopte un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, el cuidado de la salud será cada vez más fragmentado, ineficiente e insostenible. Sin mejoras en la prestación de los servicios, las personas no podrán acceder a los servicios de salud de alta calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas."

La **atención de salud centrada en la persona es de calidad y segura**, toma en cuenta la opinión de las personas y sus opciones para sobrellevar sus problemas de salud y es eficaz. La atención primaria de salud es el lugar en el que las personas plantean por primera vez sus inquietudes de salud, por lo tanto, resulta necesario tener una oferta de atención integral e integrada. El contar con ello, facilita "la detección y prevención tempranas de los problemas, incluso en ausencia de una demanda explícita. Hay personas y grupos que pueden beneficiarse de la atención aun cuando no expresen espontáneamente ninguna demanda explícita"⁹.

2.1. DESAFÍOS DEL TRABAJO EN RED

La OPS establece que uno de los principales desafíos de los Modelos de Salud de la región es superar la **fragmentación**, que se refleja en los siguientes aspectos¹⁰:

ILUSTRACIÓN 5. DESAFÍOS DEL TRABAJO EN RISS



Fuente: QSV, en base a OPS 2010

⁹ Organización Mundial de la Salud (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca, Ginebra, Suiza, pag. 52

¹⁰ Ministerio de Salud (2018). Orientación Técnica Compromisos de Gestión en RISS. Subsecretaría de Redes Asistenciales Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

2.2. LOS DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN CHILE¹¹

La evaluación del modelo de Redes Integradas de Servicios de salud realizada entre los años 2015–2016, propone un cambio en el foco de gestión de los equipos de salud, interpela el enfoque hospitalo-céntrico y a cambio les propone a los equipos de salud que se coordinen entre los diferentes niveles de la red y valoren su trabajo mutuamente.

Sin duda, este es uno de los principales desafíos que requiere superar las barreras de desconfianza y desconocimiento entre los equipos que no se conocen, generando espacios de encuentro sistemáticos y en los cuales se definan estrategias de manera conjunta.

Romper la **fragmentación administrativa, institucional y organizacional** en la cual se desempeña el sector salud, es el primer desafío que permitirá dar pasos importantes para avanzar en la integración de los servicios y en la continuidad de los cuidados que requiere cada persona. Este modelo es el que puede responder con mayor resolutivez al perfil de salud y de daño que presenta la población actualmente, especialmente con multimorbilidad.

Desarrollar una **gestión que esté basada en la capacidad protectora y resolutivez** a nivel de la atención primaria, con herramientas para la derivación y seguimiento de los pacientes que requieren atención de especialistas o intervenciones en centros hospitalarios, permitirá que la atención de salud este centrada en las personas y que se logre la continuidad de la atención que requieren.

Fortalecer el **enfoque territorial la pertinencia cultural**, priorizar el acceso y la oportunidad de la atención de las personas es el desafío que permitirá mejorar la calidad de las prestaciones y resultados frente a las intervenciones sanitarias.

Mantener programas de **formación de especialistas y profesionales** que trabajen en equipo y que reconozcan la relevancia del trabajo intersectorial, para establecer áreas de protección de la población en riesgo.

Formar profesionales y equipos de salud que **valoren la participación de las personas, familia y comunidades en salud** y lo incorporen como un pilar de los procesos de cuidado y protección de la salud.

Centrar la atención en las personas, logrando continuidad de los cuidados en salud, anticipándose al daño, priorizando a las personas y grupos vulnerables de la sociedad y respetando la dignidad y diversidad cultural, son los desafíos que permitirán lograr impacto sanitario en la sociedad del siglo XXI.

En el contexto de la planificación y programación, las RISS permiten a los equipos de salud avanzar en una programación entre niveles de atención que fortalece la integración de los establecimientos de la red y el desarrollo de liderazgos para lograr mejoras en la continuidad de la atención de salud, el seguimiento de los pacientes y las derivaciones oportunas.

Las RISS: “Servicios de Salud que se gestionan y entregan de una manera que asegure que la gente recibe un continuo de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y servicios de cuidados paliativos, en los diferentes niveles

¹¹ MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018). Informe de implementación estrategia de redes integradas de Servicios de Salud (RISS) en el sistema público de salud. Período 2014–2017. Extraído de: <https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-implementaci%C3%B3n-estrategia-RISS.pdf>

y sitios de atención dentro del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo de su curso de la vida” (OMS, 2015).

Se señala, además, que la prestación de servicios de salud integrados que se centren en las personas y comunidades tiene beneficios en diversos ámbitos, como lo presenta la imagen siguiente:

ILUSTRACIÓN 6. ENTORNO Y CONDICIONES PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS



Fuente: Adaptación Modelo Conceptual OMS 2015

En el caso particular de Chile, el hecho de que la mayor parte de la atención primaria se encuentre bajo un régimen de administración municipal, impone la necesidad de redoblar los esfuerzos de coordinación y cuando corresponde, de abogacía, para que las acciones definidas por el Ministerio de Salud tengan una adecuada ejecución en los diferentes establecimientos de APS que, aún con entidades administradoras diferentes, tienen la responsabilidad de la ejecución de programas nacionales que están diseñados para llegar a la población en la misma modalidad, cualquiera sea el sector geográfico en que se encuentre.

Este riesgo de fragmentación, constituye un desafío para el gestor de red en cada territorio, en tanto la obtención de adecuados resultados sanitarios, es prácticamente imposible sin la atención primaria fortalecida.

2.3. ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED

Los énfasis de la planificación y programación en red, están dados principalmente por la reforma de salud, los objetivos sanitarios de la década y el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, incorporando el sistema de protección social a grupos prioritarios (infancia y adultos mayores) y basado en las características socio demográficas de la población, con una tendencia creciente al envejecimiento.

En el proceso de programación en red, cada actor tiene una función específica:

MINISTERIO DE SALUD

- Le corresponderá, de acuerdo a lo establecido en la Ley No 19.937, artículo 4, formular y fijar las políticas de Salud que serán la base de la programación, controlando además el cumplimiento de ellas.

SEREMI DE SALUD

- Mantener actualizado el diagnóstico regional y realizar vigilancia epidemiológica.
- Evaluar metas sanitarias de atención primaria.

SERVICIOS DE SALUD

- Liderados por el gestor de red, son quienes analizan y gestionan la totalidad de su oferta institucional y la demanda actualizada, en función de los requerimientos de salud de la población y la presentación del plan anual.
- El rol del Servicio de Salud, es 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.
- 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 coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud, los hospitales y los establecimientos de Atención Primaria, sean éstos de dependencia del servicio o establecimientos de dependencia municipal. asimismo, le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas que presenten nodos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.
- Al gestor de red le compete gestionar las medidas necesarias para la referencia, derivación y contra derivación de los usuarios del sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red, a fin de otorgar a la población que lo requiera continuidad en el cuidado entre los diferentes niveles de atención.

ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SALUD MUNICIPAL

- Le corresponderá formular el plan anual de salud comunal. Se entenderá por éste al programa anual de actividades formulado por la entidad administradora en base a las programaciones de los establecimientos respectivos, el que contendrá las estrategias de salud a nivel comunal enmarcadas en el plan de desarrollo comunal y en las normas técnicas del Ministerio de Salud¹² (Art. N°12 y13, Reglamento Gral. Ley N°19.378).

Este programa deberá contener a lo menos los siguientes aspectos:

¹² Artículo N° 12 y 13 de Reglamento General de la Ley N° 19.378. Aprobado por D.S. N° 2.296 de 1995 del Ministerio de Salud. Extraído de: <http://bcn.cl/1vlyu>

1. Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades fijadas por los Servicios de Salud respectivos;
2. Diagnóstico comunal participativo de salud actualizado;
3. Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente;
4. El escenario más probable para la salud comunal en el período a programar;
5. Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad y a la intervención e importancia social.
6. Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas: acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa, y acciones curativas.
7. Indicadores de cumplimiento de metas programadas.

Además, el programa de salud municipal deberá considerar el programa de capacitación del personal, las actividades de educación para la salud, las reuniones técnicas, el trabajo en comunidad, la participación en comisiones locales y cualquier otra actividad que permita estimar los nuevos requerimientos y realizar las evaluaciones correspondientes.

2.4. PROCESO DE DISEÑO DE LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD

En el marco de la función de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, de articulación de la red asistencial del sistema de salud, se ha trabajado para avanzar en el desafío de instalación, consolidación y funcionamiento de las Redes Asistenciales.

La metodología utilizada para el diseño 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 asegurar la organización de los procesos asistenciales claves de atención primaria, especialidades, hospitalización, intervención quirúrgica y urgencia.

El siguiente esquema muestra estos elementos y el proceso metodológico a seguir, basado en el modelo de atención integral y de gestión de redes asistenciales .

ILUSTRACIÓN 7: PROCESO DE DISEÑO DE LA RED ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Fuente: Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los servicios de salud: planificación, implementación y evaluación, 2012

El diseño de la red, se actualizará cada 5 años, aplicando nuevamente cada una de las etapas de la metodología, a través de un plan operativo que contempla la actualización en cada una de las redes asistenciales.

CAPÍTULO III. MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA

El modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, ha sido definido como “El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente¹³.”

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas de las personas respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortaleci-

¹³ MINSAL (2005). Modelo integral de atención en salud. Serie cuadernos Modelo de Atención No 1. Subsecretaría de Redes Asistenciales Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

miento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud.

Por esta razón, como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se relevan los tres principios irrenunciables en un sistema de salud basado en atención primaria; **“centra en las personas, integralidad y continuidad del cuidado”**¹⁴.

ILUSTRACIÓN 8. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



Fuente: Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitario, 2012

3.1. PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

La operacionalización de los principios del Modelo, se efectúa en el marco de un trabajo en red y en equipo. A continuación, se revisan su conceptualización y aplicabilidad.

Centrado en las personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios.

El eje del proceso de atención está centrado en las personas, “en su integralidad física, mental, espiritual y social”. La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural.

La atención centrada en la persona requiere de cuatro conceptos claves:

¹⁴ División de Atención Primaria 2013. Orientaciones para la implementación del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Capítulo 1. Conceptos y elementos claves. <http://MINSAL.uvirtual.cl/siMINSAL/>

- **Dignidad y respeto:** se refiere a que los equipos de salud escuchan y respetan el punto de vista y decisiones de las personas y familias e incorporan en los planes de cuidados sus conocimientos, valores, creencias y características culturales.
- **Intercambio de información:** se refiere a la comunicación y el traspaso de información completa y de forma positiva entre el equipo de salud y las personas. La información que reciban las últimas, debe ser amplia, oportuna y fidedigna para que puedan participar efectivamente en la toma de decisiones acerca de su salud.
- **Participación:** que exige que las personas se entusiasmen y reciban apoyo para participar en la toma de decisiones sobre su salud en todos los niveles de atención.
- **Colaboración:** se expresa en una relación cooperativa entre las personas, las familias y el equipo de salud, para desarrollar, aplicar y evaluar las acciones de salud y prestación de los servicios.

Integralidad: El concepto de integralidad, ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

Continuidad del cuidado: La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los sistemas de salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional¹⁵. La continuidad del cuidado, significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

En el marco del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS), la estrategia de cuidado integral centrado en la persona con énfasis en la multimorbilidad, viene a complementar la consecución de los principios del MAIS.

3.2. CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA, CON ÉNFASIS EN LA MULTIMORBILIDAD

Comprendemos como cuidados integrales centrados en las personas, la consideración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas, en todas las etapas del curso de vida y en relevancia del estado salud-enfermedad. Desde esta perspectiva toda la población que se atiende en los centros de salud, debiese recibir cuidados integrales conforme el nivel de riesgo que ésta presenta.

En este marco, se establecen criterios de estratificación de la población, según niveles de riesgo, para que reciban cuidados diferenciados, evitando que la población sana enferme, fortaleciendo la prevención y promoción de la salud, que las personas enfermas se mantengan controlados y no desarrollen complicaciones incentivando su involucramiento, autonomía, el apoyo de los equipos de salud y que las personas con multimorbilidad sean atendidas de la manera más adecuada, asegurando la coordinación sistemática.

¹⁵ OPS. (2010). La renovación de la Atención Primaria en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud; Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC.

ILUSTRACIÓN 9. CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA SEGÚN RIESGO



Fuente: Adaptada y modificada de: Pirámide de Kaiser permanente de riesgos modificada

Todo ello con base no solo a los determinantes de salud enfermedad, sino que también en base a los determinantes sociales, incorporando a las personas de mayor complejidad como población objetivo inicial.

Entendemos como **multimorbilidad** la coexistencia de 2 o más condiciones crónicas, que pueden incluir enfermedades no transmisibles de larga duración o condición mental de larga duración. Por otro lado, **comorbilidad** corresponde a la coexistencia de una patología índice, de base crónica que es foco de atención del individuo, con una o más patologías añadidas.

La integralidad, como uno de los principios transversales del MAIS, promueve que las necesidades de las personas con múltiples condiciones crónicas, discapacidades funcionales, y/o alta demanda médica; se aborden mediante planes de cuidados consensuados, integrales y continuos, coordinando las prestaciones de salud entre niveles de atención, haciendo parte a la familia y/o cuidadores del proceso de cuidado¹⁶.

A nivel mundial, las condiciones crónicas representan cerca del 60% de las muertes, y 40% de las causas de muerte prematura.

Se estima que los costos de éstas y sus factores de riesgo, medidos por estudios de costo de enfermedad, van desde 0,02 a 6,77% del producto interno bruto (PIB) de un país, siendo el costo de las patologías cardiovasculares entre 1-3% del PIB¹⁷. A lo anterior, se agregan importantes costos para las familias, llegando hasta 15-25% de los ingresos familiares, en el caso de diabetes y su relevancia en la productividad laboral, constituyendo un impacto para nuestra macroeconomía¹⁸.

En los últimos años se han producido una serie de cambios que han afectado de forma drástica la dinámica de funcionamiento del sistema de salud. Los más relevantes han sido la modificación sustancial del estilo de vida y el incremento de la supervivencia en diversas patologías, además de los avances de la medicina, llevando a la cronificación de patologías.

Otros factores tales como la pobreza, la falta de salubridad del medio y la ausencia de una educación adecuada, influenciados por la situación geopolítica y económica, contribuyen al incremento de las condiciones crónicas. Además, el acceso desigual a alimentos saludables, el escaso desarrollo de

¹⁶ Ministerio de Salud. 2013. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

¹⁷ Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJ. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. The Lancet. 2006 May 27;367(9524):1747-57.

¹⁸ Suhrcke M. Chronic disease: an economic perspective. London: Oxford Health Alliance; 2006

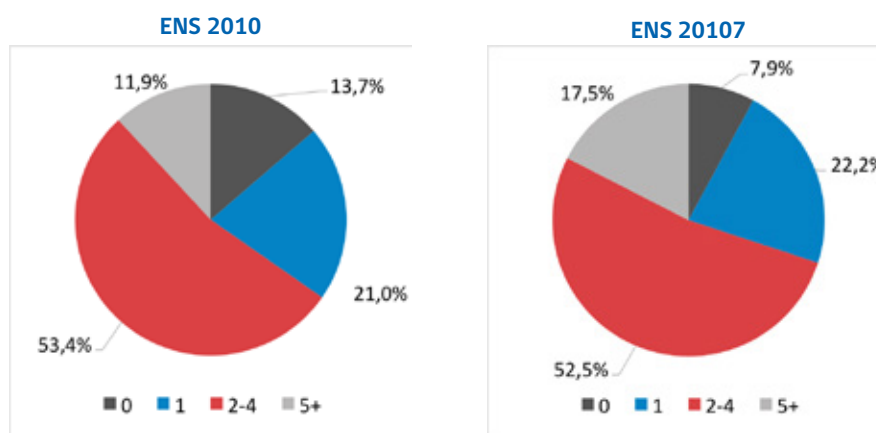
parques y ciclovías y el comercio inciden sobre los factores de riesgo relacionados, como la malnutrición por exceso y la inactividad física.¹⁹

En las últimas décadas, Chile muestra un importante aumento de la morbilidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) representan la principal causa de años de vida saludables perdidos (AVISA), con un 84%, y las enfermedades cardiovasculares corresponden a la primera causa de mortalidad en Chile²⁰. Además, las patologías cardiovasculares son una de las primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVD)²¹ : 5,6% corresponde a HTA y 2,3% a la glicemia elevada²².

Respecto a multimorbilidad, a nivel internacional se estima que el 27% de las personas tienen 2 o más comorbilidades²³, 65% en mayores de 65 años, y 82% en personas de 85 años y más, con diferencias significativas entre hombres y mujeres y entre nivel educacional.

En Chile, de acuerdo a la ENS 2017²⁴, en población de 15 y más años, el 70,6% tiene 2 o más condiciones crónicas (más de 9,5 millones de personas) y el 17,5%, tiene 5 o más condiciones crónicas (más de 2 millones de personas), que se ha incrementado desde el 2010 a 2017.

ILUSTRACIÓN 10. CONDICIONES CRÓNICAS EN POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2010-2017



Fuente: Dra. Paula Margozzini. Depto Salud Pública UC

El abordaje de las condiciones crónicas, es una realidad que se plasma en todos los niveles de atención y que requiere de un cambio que privilegie una visión integral de la persona, la transición de un enfoque paternalista a uno más proactivo y el desarrollo de la integración de la entrega de los cuidados²⁵.

¹⁹ Organización panamericana de la Salud. Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado sobre la prevención y el control de las enfermedades crónicas. 2007.

²⁰ Estadísticas en Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Disponible en: <http://deis.MINSAL.cl/index.asp>

²¹ Ministerio de Salud. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible 2007. Agosto 2008

²² Solomon SD, Chew E, Duh EJ, Sobrin L, Sun JK, VanderBeek BL, et al. Diabetic Retinopathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2017 Mar 1;40(3):412-8

²³ Cassell A, Edwards D, Harshfield A, Rhodes K, Brimicombe J, Payne R, et al. The Epidemiology of Multimorbidity in Primary Care. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2018;68(669):e245-e51.

²⁴ ENS 2016-2017. Fuente: Dra. Paula Margozzini. Depto Salud Pública UC. 13 Enf. Crónicas incluidas: Obesidad, Hipertensión, Diabetes, Insuficiencia renal, Depresión, Alto RCV o Enf. CV sintomática, Dislipidemia, Enf. Musculoesquelética no traumática con dolor al menos moderado, Bebedor perjudicial o dependiente del alcohol, dependencia al tabaco, disfunción tiroidea, elevación de enzimas hepáticas, o deterioro cognitivo.

²⁵ Nuño-Solín R, Elorriaga KP, Pereira CR, Martínez AG, Gabilondo MA. La Multimorbilidad vista desde la perspectiva de los profesionales de atención primaria. Atención Primaria. 1 de junio de 2014; 46:3-9.

Las personas están en alto riesgo, considerando, por ejemplo, factores como la polifarmacia, que puede llevar a baja adherencia al tratamiento y efectos adversos de medicamentos²⁶.

Al respecto se recomienda que en los establecimientos de Atención primaria que dispongan de profesional Químico Farmacéutico, potenciar el manejo interdisciplinario de las personas y el uso racional de los medicamentos, a través de la realización de atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico, dichas actividades deben ser priorizadas en aquellas personas con condiciones crónicas, de mayor complejidad, descompensados, que presentan polifarmacia y/o falta de adherencia.

Es importante tener presente que, las personas con varias condiciones crónicas tienen dificultades en la comprensión y el tratamiento de enfermedades múltiples y regímenes de medicamentos complejos²⁷.

Asimismo, se requiere de apoyo al equipo de salud para la incorporación de las prioridades y preferencias de las personas en los planes terapéuticos para el manejo de la multimorbilidad, priorizando así los objetivos tanto del personal sanitario como de la persona aumentando de esta forma la adherencia al tratamiento y la mejora de los resultados clínicos. De esta manera, se hace necesario disponer de formación adecuada en atención centrada en la persona, manejo de la multimorbilidad y uso de tecnología de apoyo a la toma de decisiones²⁸. Ello debe ser incorporado en el programa de capacitación comunal.

Se debe promover la adecuada comunicación con los niveles de especialidad, hospitalario y de urgencias para garantizar la continuidad del cuidado. Esto, a través de profesionales de enlace ubicados en los centros hospitalarios y la realización de consultorías con especialistas.

El foco se orienta a optimizar los contactos del equipo de salud con las personas en situación de cronicidad desde una perspectiva más integral, conforme el nivel de riesgo de las personas, como una oportunidad de resolver la mayor cantidad de problemas de salud que tenga, evitando la fragmentación por motivo de consulta.

Ello implica, **pasar de la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas**, en donde el profesional realiza el control y seguimiento de todas las condiciones crónicas diagnosticadas, utilizando elementos de la entrevista motivacional, del automanejo²⁹ para definir de conjunto el plan de cuidados y sus prioridades.

Por ejemplo, a una persona que presenta HTA, DM2, artrosis, depresión, asma e hipotiroidismo, en la atención realizada por el profesional se deben abordar todas esas condiciones crónicas, estableciendo un plan de cuidados consensuado e integrado de cada una de ellas y realizando seguimiento del cumplimiento de los objetivos acordados a través de la gestión de caso.

Asimismo, es importante tener presente que trastornos mentales como la depresión, son un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de infarto al miocardio entre un 15 a 30%, su prevalencia aumenta de dos a tres veces entre las personas con DM o HTA, y afecta la adherencia en particular de la diabetes³⁰.

²⁶ Organización mundial de la salud. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. 2016

²⁷ Organización mundial de la salud. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. 2016

²⁸ Nuño-Solinís R, Elorriaga KP, Pereira CR, Martínez AG, Gabilondo MA. La Multimorbilidad vista desde la perspectiva de los profesionales de atención primaria. Atención Primaria. 1 de junio de 2014; 46:3-9.

²⁹ MINSAL. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria Automanejo de enfermedades no transmisibles: Una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud.

³⁰ Prince, M., et al., No health without mental health. Lancet, 2007. 370(9590): p. 859-77.

LA ACREDITACIÓN UN PROCESO DE MEJORA CONTINUA

El marco legal que sustenta la calidad en la atención de salud tiene su origen en la reforma sanitaria y los diversos cuerpos legales asociados a su implementación.

La ley N° 19.937 que tiene la finalidad de establecer una nueva concepción de la Autoridad Sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecimiento de la participación ciudadana, mandata al Ministerio de Salud a establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios.

Dichos estándares se fijarán de acuerdo al tipo de establecimiento y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado.

Estos estándares se establecerán en relación a:

- Condiciones sanitarias
- Seguridad de instalaciones y equipos
- Aplicación de técnicas y tecnologías
- Cumplimiento de protocolos de atención
- Competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones³¹ (Artículo 4° letra 11 Ley N°19.937)

Con la promulgación de la ley N° 19.966 se Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) para un conjunto de prestaciones señaladas en el decreto correspondiente.

En dicha ley, se consideran cuatro pilares fundamentales en la atención de salud:

- Garantía de acceso
- Garantía de oportunidad
- Garantía de protección financiera
- Garantía explícita de calidad

Para responder a las exigencias establecidas por la cuarta garantía de calidad definida en la Ley GES, el prestador debe estar acreditado y cumplir con aquellas tareas relacionadas a la implementación y supervisión de las directrices y protocolos enmarcados en el artículo 4° de la Ley 20.584 de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en Salud.

3.3. DEFINICIÓN DE CALIDAD

La calidad es un concepto dinámico y **“multidimensional que plantea el desafío de hacer lo correcto a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando y satisfaciendo al usuario”**³². Por lo mismo, no es atingente limitar la calidad y seguridad en la atención solamente a la aplicación de pautas y a la obtención de medios de verificación.

La calidad va más allá de “la automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, sino

³¹ Artículo 4° letra 11 Ley 19.937 que Modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la Finalidad de Establecer una Nueva Concepción de la Autoridad Sanitaria, Distintas Modalidades de Gestión y Fortalecer la Participación Ciudadana. Extraído de: <http://bcn.cl/1uw7c>

³² Ministerio de Salud (2015). Instrumento para la Evaluación y Certificación de Desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales-División de Atención Primaria: Gobierno de Chile. Página 9

que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, consciente que lo verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio”³³. Es por ello que se espera que los equipos de trabajo diseñen procesos de mejora continua, poniendo al centro las necesidades de las personas que se atienden en el sistema de salud.

En este sentido, desde el proceso de certificación de avance en el desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS), se recomienda conformar un comité de calidad que cuente con la participación de usuarios, que facilite la “implementación de sistemas de gestión de los procesos administrativos y asistenciales; a través de la ejecución de auditorías de seguimiento para el mejoramiento continuo de los mismos e impulsen el desarrollo organizacional hacia el aprendizaje permanente”³⁴.

Una herramienta tangible para operacionalizar la calidad es la aplicación del “Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales de Atención Abierta” de la Superintendencia de Salud. Para gestionar la garantía de la calidad propuesta, es indiscutible que cada institución deberá incorporar en su quehacer nuevas prácticas que vayan en la senda del aseguramiento de la calidad y seguridad. Esta tarea implicará la aplicación de:

- Ciclos de mejora.
- Liderazgo facilitador y positivo de las jefaturas, coordinadores, jefes de sector, encargados de calidad.
- La participación transversal de los encargados de los diferentes procesos.
- El trabajo en equipo y el compromiso con la tarea.

Para lograr el desarrollo de una cultura de calidad es necesario modelar el pensamiento, comportamiento, valores, creencias, experiencias y normas, basándose en las necesidades sanitarias de la población y las expectativas de las personas que se atienden en el sistema de salud.

Esto representa un gran desafío para el equipo del establecimiento. Sin embargo, la evidencia señala que el proceso de acreditación puede llegar a ser una efectiva herramienta que estimule el espíritu de cooperación y la integración en los establecimientos de salud³⁵.

Este es un proceso en el que pueden surgir nuevos liderazgos para proponer estrategias de mejora continua; también, ha sido considerado como una oportunidad para mejorar las relaciones entre los trabajadores.

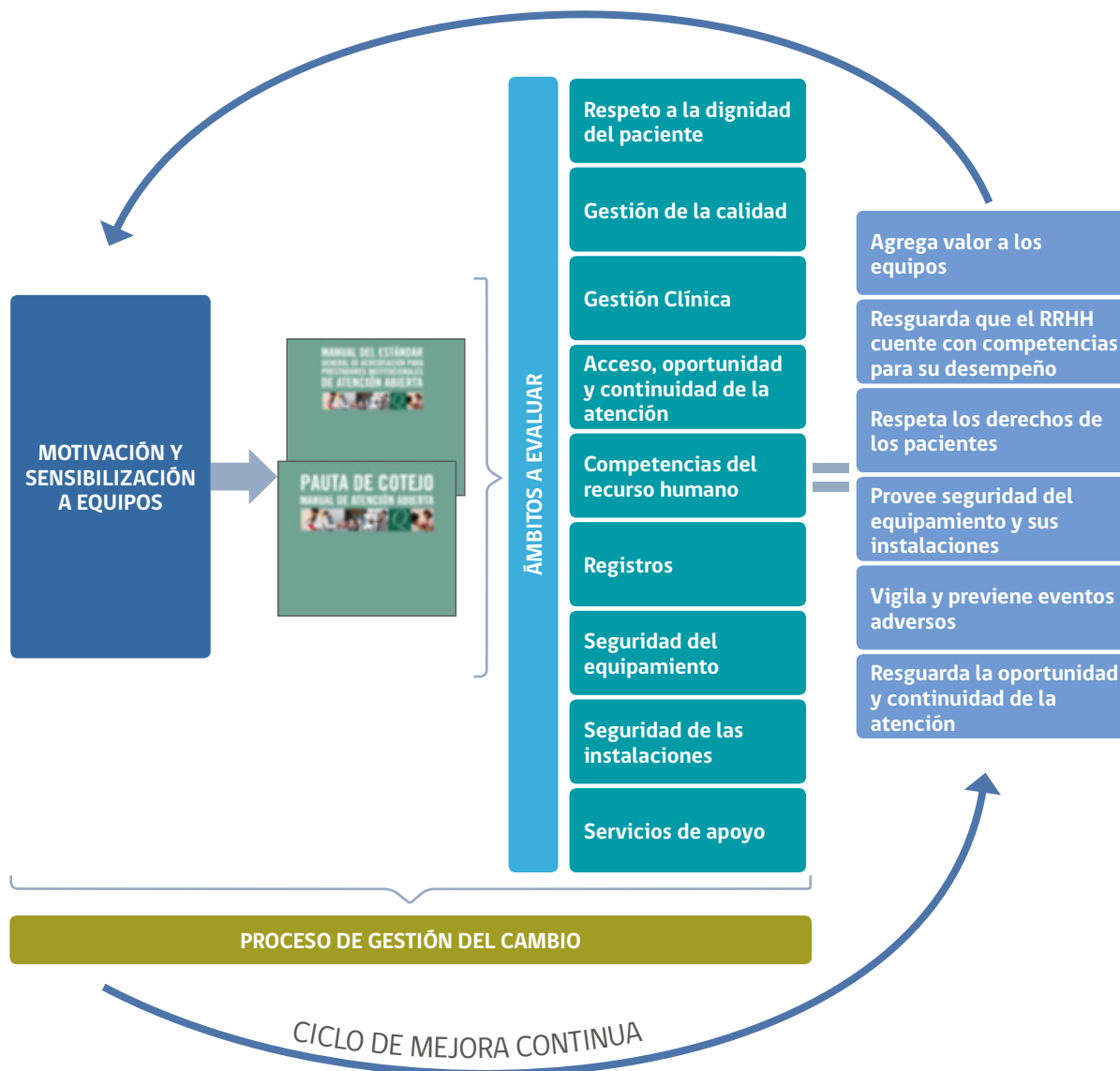
³³ Ug Guevara, Griselda, Rodríguez Socarrás, Isis Patricia, León Ramentol, Cira Cecilia, & Gregori Caballero, Alexis. (2014). Evaluación externa de la calidad mediante la veracidad en las investigaciones de laboratorio clínico. *Revista Archivo Médico de Camagüey*, 18(4), 359-370. Recuperado en 05 de agosto de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000400002&lng=es&lng=es

³⁴ Ministerio de Salud & Organización Panamericana de Salud (2019). *Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Subsecretaría de Redes Asistenciales-División de Atención Primaria: Gobierno de Chile.

³⁵ Pomey, M. P., Lemieux-Charles, L., Champagne, F., Angus, D., Shabah, A., & Contandriopoulos, A. P. (2010). Does accreditation stimulate change? A study of the impact of the accreditation process on Canadian healthcare organizations. *Implementation science: IS*, 5, 31. doi:10.1186/1748-5908-5-31

Lo más importante es estar consciente de que el contexto organizacional en el que se desarrolle el proceso de acreditación, determinará el tipo de cambio y las dinámicas que se den al interior del establecimiento. Por esta razón, es importante comenzar el proceso sensibilizando y motivando a todos quienes trabajan en el lugar, de modo que la obtención de la acreditación sea el inicio del camino hacia la mejora continua.

ILUSTRACIÓN 11: PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CALIDAD



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN

4.1. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

El artículo 58 de la ley 19.378, refiere que “las entidades administradoras de salud municipal formularán anualmente un proyecto de programa de salud municipal. Este proyecto deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud, quien deberá comunicarlas, a través de los respectivos Servicios de Salud, a las entidades administradoras de salud municipal, a más tardar, el día 10 de septiembre del año anterior al de su ejecución³⁶.”

El programa de salud mencionado en la ley, si bien debe ser anual, se espera esté enmarcado dentro de un Plan de Salud Comunal (PSC) que cada comuna proyectará para uno o más años, pero que debe estar en armonía con la Estrategia Nacional de Salud, para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020, con las Orientaciones Programáticas y normas técnicas emanadas del MINSAL, incorporando los elementos de contexto local y los énfasis particulares de una gestión basada en su propio diagnóstico de salud.

Este PSC, debe ser propuesto en coherencia con el diagnóstico y en concordancia con los equipos de salud de cada Municipio y debe estar en conocimiento de los Servicios de Salud, de modo que permita ejecutar las evaluaciones pertinentes y los respectivos ajustes al final de cada período. El PSC y sus principales fundamentos, deberán estar contenidos en el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO) que constituye el instrumento rector de desarrollo de la comuna, contemplando las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y a promover su avance social, económico, cultural y ambiental. Su elaboración y ejecución, debe tener en cuenta a todos los sectores que operen en el ámbito comunal o ejerzan competencia en dicho ámbito (Ley 18.695).

4.2. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN

Cuando hablamos de planificación nos referimos a un proceso local reflexivo y dinámico que pretende definir caminos organizacionales para lograr sus objetivos. En salud es importante realizar gestión orientada a resultados, por lo que es importante:

- Identificar **objetivos, indicadores y metas** que permitan evaluar los resultados.
- Identificar **niveles concretos de responsables del logro** de las metas.
- Establecer **sistemas de control de gestión internos** donde queden definidas las responsabilidades por el cumplimiento de las metas en toda la organización, así como también los procesos de retroalimentación para la toma de decisiones.
- Vincular el **presupuesto institucional a cumplimiento de objetivos**.
- Determinar **incentivos, flexibilidad y autonomía en la gestión** de acuerdo a compromisos de desempeño.

La planificación tiene carácter instrumental. Es un medio constituido por un conjunto articulado de técnicas, instrumentos y herramientas específicas para la obtención de un fin u objetivo como, por ejemplo, dar cobertura de prestaciones en salud a población objetivo, por lo tanto:

³⁶ Ley 19.378. Estatuto de Atención Primaria Municipal

- Tenga claro cuál es su propósito, qué desea lograr.
- Si no lo tiene claro, la planificación no será el ejercicio que permita descubrirlo.

Es importante reconocer niveles de complejidad en la planificación. En general, los seres humanos nos planificamos en nuestra vida cotidiana (planificamos nuestro presupuesto para distribuirlo a lo largo del mes, planificamos nuestros fines de semana, planificamos la ruta para ir al trabajo).

Sin embargo, planificar en una organización requiere mayor formalización y mayor sistematización:

- Cuando se planifica en una organización, la coherencia y la coordinación del todo es importante entre áreas de trabajo (estamentos) y los servicios que ofrece.
- Piense en estrategias de manera racional, desagregada y en serie de pasos.

El hecho de planificar está orientado a mejorar y hacer más sencilla la tarea de **tomar decisiones**.

Racionalidad y transparencia: Junto con orientar la toma de decisiones y, en esa misma línea, la planificación fundamenta las acciones y decisiones y permite mostrar a los usuarios de nuestras Redes Asistenciales por qué y cómo fueron tomadas dichas decisiones.

La planificación realiza un ejercicio de prospectiva para anticipar los cambios en el entorno en el que nuestras organizaciones operan y adaptar permanentemente los planes de acción a esos cambios:

- Pero no se ilusione con que con la planificación tendrá todo bajo control: todo lo que Ud. planifique estará sujeto a situaciones no previstas y a la incertidumbre. Recuerde: se reduce la incertidumbre, no se elimina.

La planificación es constante y debe estar periódicamente sometida a revisión para adaptarla a nuevos escenarios y situaciones que emergen en el contexto e incorporar los resultados de las evaluaciones realizadas, con el fin de generar procesos de aprendizaje en la organización:

- Este proceso de reajuste y revisión constante pone de manifiesto la necesidad de contar con organizaciones que sean dirigidas de manera amplia, flexible y de permanente adaptación y revisión.
- Fundamental también es considerar elementos culturales, ideológicos y del comportamiento organizacional que pertenecen a la esfera de lo informal, y que pueden ser grandes aliados o grandes enemigos de los procesos de readaptación.

En este contexto, el concepto de participación no es el habitual (comunitaria), sino se refiere a la incorporación de todos los miembros de la organización en el quehacer de la misma organización. Como ya deben anticipar, gran parte de las prestaciones en atención primaria son multidisciplinarias y contar con el punto de vista de todos es vital:

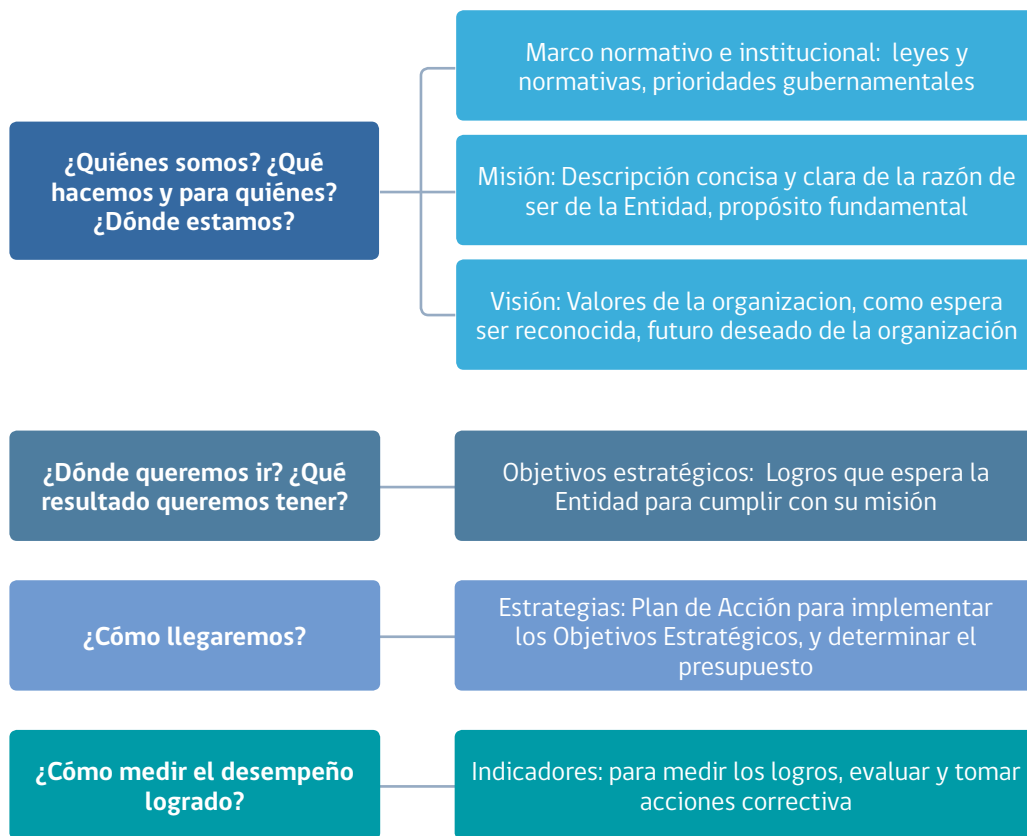
- Considérelo como algo que enriquece su planificación. Des-jerarquice y descentralice. Pídale a cada uno de los expertos que tiene en sus establecimientos que le cuenten sus experiencias, las dificultades y los aciertos para que cuando planifique sea una planificación acorde a escenarios posibles.

Cuando planifique, hágalo ajustándose a su contexto y realidad local. A pesar de que en la planificación y en la gestión existen un sinnúmero de herramientas para apoyarlo (matriz marco lógico, balance scorecard, softwares, técnicas de diagnóstico, técnicas de priorización, lluvia de ideas, FODA), adapte todas esas herramientas a la realidad de su organización y escoja la que más acomode.

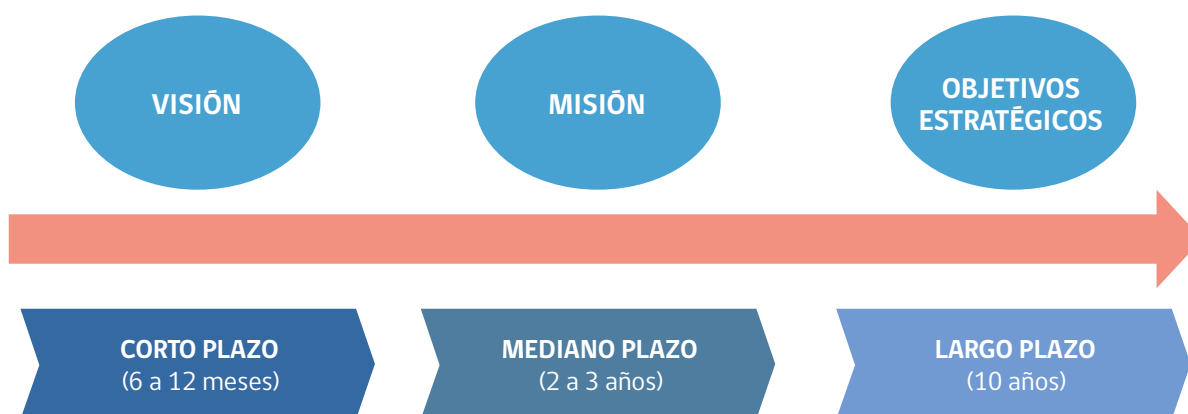
Si bien existen variadas formas de planificar, nos referiremos a la Planificación Estratégica. Herramienta ampliamente utilizada en el sector salud ya que permite alinear las prioridades a los recursos y establecer la base para el control y evaluación de las metas. Consiste en un ejercicio de formulación y establecimiento de objetivos de carácter prioritario, cuya característica principal es el establecimiento de los cursos de acción (estrategias) para alcanzar dichos objetivos. Desde esta perspectiva, es una herramienta clave para la toma de decisiones de las instituciones públicas.

A partir de un diagnóstico de la situación actual, la planificación estratégica establece cuales son las acciones que se tomarán para llegar a un “futuro deseado”, el cual puede estar referido al mediano o largo plazo. Es un proceso profundo de las organizaciones que se espera sea participativo. Comienza con la construcción colectiva de visión y misión y desde ellas se desprenden objetivos estratégicos, indicadores y metas, que permitirán establecer el marco para la elaboración de la programación anual al que se hace mención en la ley 19.378 y que reúne los elementos operativos para dar cumplimiento al PSC.

ILUSTRACIÓN 12: RESUMEN DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



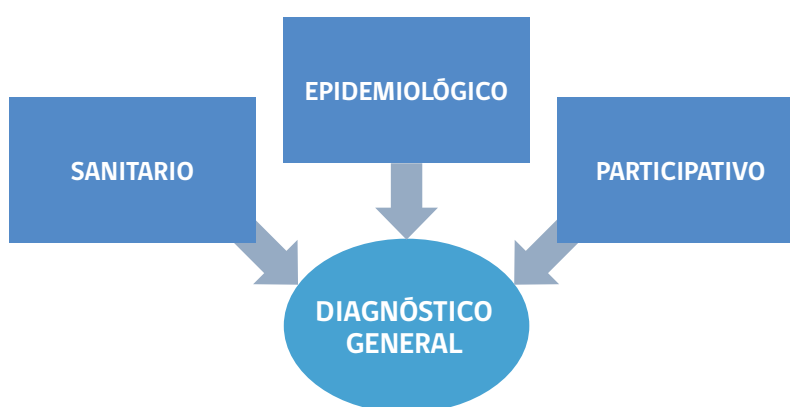
Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

ILUSTRACIÓN 13: RELACIÓN TEMPORAL DE VISIÓN, MISIÓN Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

4.3 FASES DE LA PLANIFICACIÓN

4.3.1. DIAGNÓSTICO

ILUSTRACIÓN 14: ELEMENTOS DEL DIAGNÓSTICO INTEGRAL

Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

DIAGNÓSTICO SANITARIO

- Caracterización de la red asistencial: hospitales de referencia, establecimientos de atención primaria de salud, protocolos de derivación, tiempos de latencia de atención, derivación y pertinencia SIC.
- Caracterización de la oferta de los servicios de salud: cuantificar las actividades realizadas en el establecimiento o red asistencial y sus recursos asociados para llevarla a cabo: dotación, recursos financieros, infraestructura, resolutivez, vacunación, bodega de leche.
- Caracterización de la demanda de los servicios de salud: motivos de consulta, grupos etarios y género que más consultan y que menos consultan, grupos prioritarios, barreras de acceso, facilitadores de acceso, peak de consultas. Determinada por la caracterización epidemiológica y sociodemográfica

DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

- Las principales aplicaciones de la epidemiología son: establecer el diagnóstico de salud de una comunidad, conocer factores causales de enfermedad y probabilidad de enfermar, evaluar eficacia/eficiencia/efectividad de intervenciones en salud
- Estudiar la distribución del fenómeno de salud y enfermedad en las poblaciones a cargo: medidas de frecuencia descriptiva como tasas, prevalencia, incidencia o medidas de asociación como razón de prevalencia
- Estudiar los determinantes del fenómeno de salud y enfermedad de las poblaciones a cargo:
 - Población
 - Volumen
 - Estructura según grupos etarios, sexo y género
 - Distribución Geográfica (ruralidad, dispersión, etc.)
 - Población migrante
 - Medioambiente
 - Desarrollo Económico
 - Educación
 - Vivienda y Saneamiento
 - Alimentación
 - Transporte y Comunicaciones
 - Consumo y Ahorro
 - Recreación
 - Trabajo (salud ocupacional)
 - Vestuario
 - Seguridad Social
 - libertades humanas
 - Características culturales
 - Pueblos originarios
 - Desarrollo comunitario, etc.
 - Clima
 - Naturaleza
 - Situación Geográfica
 - Sector Salud
 - Política de Salud
 - Organización de la red asistencial
 - Recursos materiales, financieros y humanos
- **Análisis de los antecedentes recopilados:** Se trata de ver de qué manera los factores condicionantes influyen en la situación de salud de una comunidad. Se realiza análisis de la magnitud de los factores condicionantes y se evalúa la consecuencia o responsabilidad del Sector Salud en el nivel de salud.

- **Apreciación:** Se refiere a comparar la situación de salud que tenemos con relación a un modelo normativo (metas nacionales, regionales, del Servicio de Salud y locales).
- **Pronóstico:** Proyección hacia el futuro. Qué pasará con la situación de salud según las tendencias observadas y cambios previsibles en los factores condicionantes.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

- Permite estimar la necesidad sentida en salud y, gracias al proceso involucrado, permite contribuir a la autovaloración y reconocimiento de potencialidades de los miembros de la comunidad, fortalece la autogestión, a la autonomía y los procesos participativos, permite planificar y corresponsabilizar a la comunidad
- **“Espacio de reflexión y análisis de la situación de la comunidad barrial o local, realizada por los propios vecinos y facilitado por algún agente externo, que, a través de variadas técnicas y metodologías, estimula la participación en una reflexión y análisis de la realidad” (MINSAL, 2015)**
- Fundamental la participación ampliada de las personas que componen la comunidad (no solo sus representantes). Considere también el intersector que opera en su territorio local. Utilice metodologías cualitativas o encuestas para poder desarrollarlo.

4.3.2. PLAN DE ACCIÓN

Una vez obtenidos los resultados de los diagnósticos, se procede a elaborar el plan de acción:

- Diferencie entre los elementos que ya dispone para enfrentar las problemáticas levantadas y los elementos que le faltan para enfrentar dichas problemáticas.
- Diferencie de lo que Ud. frecuentemente realiza para enfrentar dichos problemas (por ejemplo, su cartera de prestaciones). Probablemente en el diagnóstico, ¿pudo identificar fuentes de ineficiencia?
- Proyecte qué más se requiere para enfrentar las problemáticas... no siempre es más recursos económicos...
- ¿Qué buscan conseguir?

Fije objetivos que cumplan con los siguientes requisitos:

- Que expresen sin duda el resultado que han proyectado (concretos y claros).
- **Realistas:** “Mejorar la salud de las personas” no es un buen objetivo
- **Acotados:** en tiempo, en localización
- **Flexibles:** posibles de ser modificados sin apartarse de su espíritu
- **Vinculantes:** hacer todo lo necesario para alcanzarlos
- **Comprensibles:** todo agente de salud lo puede comprender

Establezca sus lineamientos de acción:

- Piense en las actividades que ya realiza y estime si necesita realizar acciones nuevas
- Considere factores estructurales que pueden afectar el funcionamiento de su establecimiento y de sus lineamientos de acción (detectado en el diagnóstico)

Los lineamientos de acción deben ser:

- Coherentes verticalmente, de manera que los objetivos de nivel inferior sean en la práctica medios efectivos para el logro de los objetivos de nivel superior;
- Coherentes horizontalmente, para que los objetivos sean consistentes y complementarios entre sí: coherencia entre todos los programas que forman parte de un plan o todos los proyectos que integran un programa, etc.;
- Estrategias integrales, evitando intervenciones puntuales, aisladas y/o desconectadas de un marco programático superior de referencia

Durante la ejecución de lineamientos de acción:

- Retroalimente
- Disemine resultados y disemine conocimiento
- Recuerde (recordatorios online)
- Descubra a sus líderes locales (ojalá fueran los jefes de equipo, no suelen ser superiores jerárquicos)
- Tipos de trabajadores y sus motivaciones:
 - Orientados al poder: interés de influir sobre los demás, controlar
 - Orientados al logro: tener éxito, sobresalir, resolver lo difícil
 - Orientados a la afiliación: tener relaciones emocionales positivas y ser aceptado por el resto
- Incentive
- Cronograme
- Presupueste
- Integre a la comunidad en el proceso de levantamiento de propuestas de solución a los problemas identificados y priorizados conjuntamente

4.3.3. EVALUACIÓN Y MONITOREO

Se recomienda mantener un proceso de monitoreo y evaluación constante de las actividades planificadas para supervigilar el cumplimiento de la cartera de prestaciones, en los plazos previstos y con los objetivos planteados.

Para evaluar puede utilizar:

- Criterios de costo efectividad: ¿Cuánto se ha gastado para obtener los resultados que hemos obtenido?
- Criterios de eficacia: ¿Llegamos a tiempo con las intervenciones?
- Criterios de eficiencia: ¿Logramos nuestros objetivos y desarrollamos nuestras actividades con los recursos que hemos dispuesto?

Los indicadores típicamente se clasifican de la siguiente manera:

Dimensiones	Tipo de indicadores
Estructura	▪ Equipamiento ▪ Artículos disponibles para la atención clínica ▪ Disponibilidad de recursos humanos ▪ Capacitación de recursos humanos ▪ Disponibilidad de medicamentos ▪ Infraestructura de los establecimientos ▪ Tecnología clínica y de registro de información ▪ Tiempos de espera para atención de profesional de salud ▪ Referencia y contrarreferencia en salud ▪ Procesos de estratificación de pacientes según riesgo
Procesos	▪ Uso de guías clínicas basadas en evidencia para abordar enfermedades ▪ Protocolos de manejo de enfermedades crónicas cardiovasculares, ▪ Protocolos de tamizaje de enfermedades prevalentes ▪ Diagnóstico prematuro de enfermedades ▪ Abordaje de factores de riesgo cardiovascular ▪ Experiencia del paciente o satisfacción usuaria ▪ Eficiencia en el uso de recursos
Resultados	▪ Impacto en mortalidad ▪ Impacto en morbilidad ▪ Hospitalizaciones evitables ▪ Reducción en disparidades asociadas a la atención de salud

Indicadores disponibles en el sistema sanitario chileno (sólo de medición del desempeño de procesos):

- Desempeño Colectivo Ley N°19.813: pago por desempeño. Incentivo.
- Índice de la Actividad de la Atención Primaria
- Indicadores de los programas de reforzamiento: monitoreo de prestaciones.
- Registro REM: registro basado en las acciones que se realizan en atención primaria
- Registro SIGGES: registro basado en las prestaciones GES
- Reportes a Contraloría General de la República: balance de lo transferido versus lo ejecutado con pertinencia
- Indicadores de creación local

4.4. PLAN DE SALUD COMUNAL

Como ya fue mencionado anteriormente, el Plan de Salud Comunal (PSC) es de responsabilidad de cada entidad administradora. Su validez de uno o más años es definida en cada comuna y debe responder a una metodología como la desarrollada en los puntos anteriores.

El Plan de Salud Comunal debe contener al menos:

a. Diagnóstico de la situación comunal: desarrollado en el capítulo IV

b. Plan de cuidados de salud de la población

De acuerdo al diagnóstico de salud, se procede a la priorización de los problemas de salud y a la formulación del plan de acción, recogiendo la visión del equipo, los contenidos del diagnóstico participativo y las propuestas de solución realizadas por la comunidad local. Se recomienda vincular las actividades formuladas a los resultados establecidos en la ENS, de forma tal de establecer la contribución que se realiza al logro de los Objetivos sanitarios de la década en los distintos niveles, y poder establecer una alineación más concreta de las planificaciones anuales.

c. Dotación personal

Registrar de acuerdo a formato adjunto el RRHH disponible.

CATEGORÍA	Nº FUNCIONARIOS	Nº HRS. SEMANALES	Nº HORAS POR HABITANTE INSCRITO
Médico			
Odontólogo			
Químico - Farmacéutico			
Enfermero			
Matrón			
Nutricionista			
A. Social			
Psicólogo			
Kinesiólogo			
Laboratorista Dental			
Profesor Ed. Física			
Terapia Ocupacional			
Ed. Párvulos			
Técnico Paramédico			
TPM farmacia			
TPM dental			
Of. Administrativo			
Otros (especificar)			

d. Programa de capacitación

El Programa de Capacitación debe ser consistente con los lineamientos estratégicos de los programas de Formación de Recursos Humanos entregados por el Ministerio de Salud, con las prioridades del Programa de Salud Municipal y con las necesidades de Capacitación del personal especialmente orientado al fortalecimiento del Modelo de salud Integral Familiar y Comunitaria.

El Programa de Capacitación comunal, debe presentar a lo menos los contenidos que se detallan y ser formulado de acuerdo al siguiente esquema:

1. Lineamientos estratégicos.: Lineamientos entregados cada año por el Ministerio de Salud para la Formulación de los Planes y Programas de Capacitación (contenido obligatorio).
2. Actividades de Capacitación: Precisar el nombre de la actividad de capacitación.
3. Objetivos educativos: objetivos de aprendizaje para el logro de las competencias de desempeño (contenido obligatorio).
4. Contenido y metodología educativa.
5. Número de participantes por categoría (contenido obligatorio).
6. Duración en horas pedagógicas de cada una de las actividades de capacitación. (contenido obligatorio).
7. Financiamiento: Señalar en el ítem Capacitación el monto en pesos enviado anualmente a la comuna por el Ministerio de Salud para el desarrollo del Programa. (contenido obligatorio).

e. Propuesta plan de trabajo: "Proceso Programático".

Cada uno de estos contenidos debe desprenderse y ser coherente con un proceso profundo de Planificación comunal y además deben respetar el cronograma siguiente:

ACTIVIDADES/AÑO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
a) MINSAL comunica orientaciones	10			
b) Entidad administradora fija dotación	30			
c) Entidad administradora remite dotación a Servicios de Salud		10		
d) Servicio de Salud realiza observaciones a la dotación		10		
e) Servicio de Salud acuerda dotación definitiva		10 días contados desde la recepción		
f) Alcalde remitirá el Programa Anual al Servicio de Salud			30	
g) Servicio de Salud remite Programa de Capacitación Comunal aprobados a Ministerio de Salud			30	
d) Servicio de Salud entrega observaciones al alcalde, con respecto al programa municipal en caso de no ajustarse a las normas técnicas del Ministerio de Salud			30	
e) Entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre.				30

CAPÍTULO V. PROCESO PROGRAMÁTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Se espera que la Programación en Atención Primaria, se incorpore como una herramienta de gestión tanto para equipos gestores, de cabecera como para directivos de establecimientos y de nivel comunal. Para los equipos técnicos, utilizando el proceso programático y los resultados que se generen de este como insumo para el trabajo con la población a cargo, identificar variaciones en su estructura, producción de actividades relacionadas a los requerimientos de esta población y construcción de agendas de profesionales que den respuesta a la programación por sector territorial. A nivel de directivos, utilizando la Programación como herramienta que permite identificar y gestionar las brechas de recursos humanos y los procesos de gestión que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población contenidas en este proceso de Programación.

La programación operativa es un instrumento que debe sistematizar los aspectos **“operativos”** relacionados con las actividades que permiten materializar los productos en una expresión anual. El plan de acción del Plan de Salud Comunal se materializa en el proceso de Programación.

Para ser coherente con los objetivos y metas del establecimiento, debe recoger en su programación justamente las prioridades establecidas en términos de la calendarización de las actividades, identificar los insumos necesarios para la generación de los productos finales, y los procesos que conlleven inversiones, contrataciones, etc.

ILUSTRACIÓN 15: DIFERENCIA ENTRE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN OPERATIVA FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

PLANIFICACIÓN	PROGRAMACIÓN OPERATIVA
A largo plazo - Establece directrices, objetivos y estrategias generales - Visión, misión ¿Quiénes somos? ¿Qué queremos? Donde estamos? - Análisis de la organización como sistema de intercambio con el entorno, análisis del contexto y evolución - Participan todos en su elaboración	A corto plazo - Detalla concretamente cómo avanzar en la consecución de objetivos ¿Qué haremos para lograr lo propuesto? ¿Cómo sabremos que hemos logrado lo propuesto? - Análisis de la organización en su fuero interno, análisis de variables de operatividad interna - Se recomienda que participen quienes sepan programar operativamente

5.1. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

- Utilizar Plantilla programática (Instrumento de programación de Actividades que contiene cartera de prestaciones).
- Respecto a la Atención Primaria, los Productos de la Programación esperados en la Red son los siguientes:

a. Estimación de cuidados primarios:

- Demanda de morbilidad según tasa de consulta, de prevalencia de condiciones crónicas por grupo de edad y grupo de riesgo.
- Estimación de controles de salud y de condiciones crónicas según concentraciones y rendimientos.

- Estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud
- Estimación del PNI.
- Estimación del PNAC y PACAM.
- Estimación de procedimientos.
- Estimación de Interconsultas al nivel de mayor complejidad
- Estimación de atenciones resueltas por Salud Digital.

b. Estimación de recursos necesarios:

- Horas técnico-profesionales para cuidados primarios.

c. Oferta de recursos

- Oferta de horas técnico-profesional para cuidados primarios.

d. Brechas de Recursos Brecha de horas técnico-profesional para cuidados primario

5.2. PROPUESTA PLAN DE TRABAJO “PROCESO PROGRAMÁTICO”

Coeficientes técnicos propuestos; A modo de recomendaciones se precisan para algunas prestaciones, cobertura, concentración y rendimiento.

Actividad	Cobertura	Concentración Anual	Rendimiento
Consulta morbilidad	100%	Infancia 2 Otros 1	4-5
Control de salud menor de 1 año	100%	8	1,5 -3
Control de Salud Integral de Adolescentes (10 a 19 años)	100%	1	2
EMP	33% 100%	Adulto 1 cada 3 años Adulto mayor 1	2-3 1-2
Control de crónicos *	100% 100% 100%	DM2 4 HTA 4 Asma EPOC 3	2-3 2-3 2-3
Cuidado integral de personas con multimorbilidad crónica	100% personas de 15 y más años con alta complejidad	Ingreso 1 Controles presenciales 2 a 4 Seguimiento a distancia 6	Ingresos 0,75 -1 según riesgo Controles 0,75-2 Seguimiento a distancia 6-8
Visita domiciliaria integral	25%	1	1-2
Control prenatal	100 % Ingreso 100% seguimiento	1 6	1,5-2 3-4
Control ginecológico preventivo (20 -64 años) considera EMP	33%	1	2-3

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
Consulta kinésica	100% Infancia 100% Adulto mayor	3,25 8	3-4 2-3
Consulta nutricional	100% adulto según prevalencia u observado	1	3-4
Consejería Salud Sexual Reproductiva	100% Adolescentes 10 a 19 años que presentan riesgo en salud sexual reproductiva	2	2-3
Consejería salud mental	80% de la población	1	2-3
Intervención Psicosocial Grupal	17% de la población potencial con trastornos mentales.	4-6	1-0,66
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 educativos	1%	2-4	1-0,66
Consultorías en la APS desde el equipo especialidad de salud mental	12 consultorías por cada centro de APS (CESFAM y Hospitales Comunitarios)	12 consultorías anuales	0,25
Colaboración con grupos de autoayuda	70% de los grupos de autoayuda del centro de APS recibe asesoría por parte del equipo de salud.	3-6	1-0,66

* De acuerdo a la prevalencia observada y al riesgo

En el área odontológica, los coeficientes técnicos definidos en la siguiente tabla incorporan al Técnico paramédico en odontología (TENS)

Tipo de Atención	Actividades	Grupo Objetivo	% Cobertura	Concentración	Estándar de rendimiento
Diagnóstico	EXAMEN DE SALUD ODONTOLÓGICO	menor 1 año	68,0%	1	3
		1 a 3 años	65,0%	1	3
		4 a 5 años	40,0%	1	3
		6 años	79,0%	1	3
		7 a 9 años	30,0%	1	3
		10 a 19	22,0%	1	3
		embarazada 10 a 19 años	69,0%	1	3
		embarazadas de 20 a 49 años	69,0%	1	3
Prevención	CONSULTA ODONTOLÓGICA PREVENTIVA	menor 1 año	68,0%	1	3
		1 a 3 años	65,0%	1	3
		4 a 5 años	40,0%	2	3
		6 años	79,0%	1	3
		7 a 9 años	30,0%	2	3
		10 a 19	22,0%	1	3
		embarazada 10 a 19 años	69,0%	1	3
		embarazadas de 20 a 49 años	69,0%	1	3
Tratamiento	CONSULTA TRATAMIENTO DENTAL INFANTIL (morbilidad)	0 a 9 años	25,0%	2	2
	CONSULTA TRATAMIENTO DENTAL ADOLESCENTES (morbilidad)	10 a 19	22,0%	3	2
	CONSULTA TRATAMIENTO DENTAL MUJERES ADOLESCENTES (morbilidad)	embarazada 10 a 19 años	69,0%	6	2
	CONSULTA TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO MUJERES (morbilidad)	embarazadas de 20 a 49 años	69,0%	6	2
	CONSULTA MORBILIDAD ODONTOLÓGICA ADULTO (morbilidad)	20 a 64	30,0%	1	2
	CONSULTA MORBILIDAD ODONTOLÓGICA ADULTO MAYOR (morbilidad)	65 y más	30,0%	1	2
Diagnóstico	RADIOGRAFIAS ODONTOLÓGICA	toda la población	Según programación local	1	6
Tratamiento	CONSULTA DE URGENCIAS ODONTOLÓGICAS	toda la población	2,5%	1	3
Prevención	EDUCACIÓN GRUPAL ODONTOLÓGICO	toda la población	Según programación local	1	1

5.2.1. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

a. Cuidado integral centrado en las personas con énfasis en la Multimorbilidad crónica.

Población objetivo: Población adulta de 15 y más años con 2 o más condiciones crónicas no transmisibles (DM2, HTA, Artrosis, Hipotiroidismo, ERA, Enfermedad de Parkinson, Epilepsia, entre otras).

Rendimiento: Conforme la realidad local y las condiciones de complejidad y riesgo de las personas con multimorbilidad, se recomienda programar mayor tiempo en la agenda para estas atenciones que abordan el cuidado integral de 2 o más condiciones crónicas, con el objeto de resguardar un cuidado centrado en la persona. Asimismo, se sugiere utilizar el control en duplas de profesionales cuando corresponda.

- Ingresos: 0,75 a 1 por hora según riesgo
- Controles: 0,75 a 2 por hora según riesgo
- Seguimiento a distancia 6 a 8 por hora

Concentración: La frecuencia será la que se establezca en el plan de cuidado acorde a los objetivos terapéuticos. Se recomienda una frecuencia de 2 a 4 atenciones al año por diferentes profesionales del equipo de salud. Además, se puede incorporar seguimiento no presencial, ya sea telefónico, mensajería u otro.

Se recomienda considerar en la programación tiempo administrativo para el equipo gestor (profesional, TENS), 1 a 2 horas semanales.

- Ingreso 1
- Controles presenciales 2 a 4
- Seguimiento a distancia 6

Registro: El registro en REM se mantiene conforme lo indicado para cada una de las condiciones crónicas.

Evaluación: se recomienda realizar en forma periódica auditoria de fichas, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos de esta prestación.

5.2.2. ACTIVIDADES DE ODONTOLOGÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y EN CONTEXTO DE RED

En la tabla a continuación se describen las prestaciones, tipo de atención, modalidad de atención y prestaciones odontológicas a incluir en el proceso programático en la Atención Primaria. Cabe señalar, que al igual que el resto de las prestaciones de salud, deben encontrarse integradas y adecuadas a cada etapa del ciclo de vida del individuo, considerando todos aquellos determinantes que definen el estado de salud y enfermedad y el riesgo de desarrollar enfermedades buco dentarias.

Por último, se hace necesario el precisar que la atención odontológica también forma parte de un continuo entre los distintos niveles de atención, de manera de entregar un cuidado integral al usuario y que obliga a los servicios de salud a revisar constantemente su gestión en este ámbito.

Una descripción con mayor detalle del tipo de las actividades de salud odontológica en la Atención Primaria y en contexto de Red se describe en el anexo N°12 asociado a este documento.

Prestaciones	Tipo de Atención	Modalidad de Atención	Descripción
Examen De Salud Odontológica	Diagnostico	Individual	Diagnosticar estado de salud bucal y plantear plan de tratamiento. Cada ingreso a tratamiento debe incluir el examen de salud bucal, registro COPD/ceod y Código de EPB.
Educación Grupal Odontológica	Promoción	Grupal	Sesión educativa dirigida a grupos específicos, en el centro de salud o fuera de él, a un grupo de 5 o más personas.
Consulta Odontológica Preventiva/Control con Enfoque de Riesgo Odontológico	Prevención	Individual	Educación individual con instrucción de higiene. Pulido coronario, aplicación de flúor barniz y sellantes, Actividad Interceptiva de ADM (OPI)
Consulta Tratamiento Odontológico	Tratamiento	Individual	Destartraje supra y subgingival. Amalgamas, obturaciones estéticas, obturaciones de vidrio ionómero, pulpotomía y exodoncia.
Consulta Morbilidad Odontológica	Tratamiento	Individual	Destartraje supragingival y pulido coronario, destartraje subgingival y pulido radicular. Amalgamas, obturaciones estéticas y exodoncia (no GES).
Radiografías Odontológicas	Diagnostico	Individual	Radiografía retroalveolares y bite-wing, oclusales
Consultas Odontológicas	Tratamiento	Individual	Actividades realizadas en el tratamiento de la Urgencia. Exodoncias y procedimientos médicos- quirúrgicos tales como : GUNA, complicación post exodoncia, pericoronaritis, pulpitis, tratamiento de traumatismo dentoalveolares, trepanación, ferulización, aseo quirúrgico o curetaje alveolar, sutura, drenaje de absceso submucoso, estereotáxia u otro/o flegmón orocervical de origen odontogénico, indicación de radiografías, prescripción de fármacos y otras actividades propias del tratamiento de urgencias)

Consulta/Control Tratamiento Infantil la cual derivará en un Alta Preventiva	Tratamiento	Individual	Destartraje supra y subgingival. Amalgamas, obturaciones estéticas, obturaciones de vidrio ionómero, pulpotomía y exodoncia.
Atención Odontológica Domiciliaria	Tratamiento	Individual	Examen clínico y diagnóstico de salud bucal. Consejería de hábitos de higiene oral y hábitos saludables de estereotáxia. Instrucción de higiene. Pulido coronario y destartraje. Aplicación de flúor barniz y sellantes. Obturaciones temporales y definitivas mediante utilización de Técnica ART o Tratamiento convencional. Ajuste y/o rebasado de prótesis. Exodoncias simples. Resolución de urgencias.

5.2.3. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE SALUD MENTAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

En los apartados anteriores se han descrito los coeficientes técnicos más importantes para el proceso programático en la Atención Primaria, asimismo entre ellos se describen los vinculados a las acciones de salud mental tales como la visita domiciliaria, la consulta de salud mental, el control de salud mental, la intervención psicosocial grupal, la capacitación de la estrategia mhGAP en el establecimiento de salud, entre otros. En general las actividades de salud mental también consideran la prevención y tratamiento por el consumo de drogas y alcohol, y la atención de personas víctimas de violencia de género.

Es importante mencionar, que aquellas prestaciones de salud mental que se encuentran percapitadas, y a su vez, son parte de programas de reforzamiento en la atención primaria de salud, deberían ser igualmente programadas.

Una descripción con mayor detalle del tipo de las actividades de salud mental en la APS se expone a continuación:

Prestaciones	Tipo atención	Modalidad de atención	Tipo intervención	Miembros del equipo de salud que pueden realizar la prestación
Tamizaje de problemáticas de Salud Mental	Prevención	Individual	Aplicación de cuestionarios de tamizaje en las prestaciones regulares de salud.	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.
Consulta de Salud Mental	Tratamiento	Individual	Ingreso por equipo, evaluaciones de egreso, seguimiento.	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.
Control de Salud Mental	Tratamiento	Individual	Controles individuales	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.

Intervención Psicosocial	Tratamiento	Grupal	Controles grupales	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.
Consejería salud mental	Prevención	Individual / Grupal	Informativas, familiares, intervenciones en crisis, Intervenciones breves y motivacionales (Alcohol y drogas)	Cualquier miembro del equipo de salud
Intervención comunitaria en establecimientos educacionales	Prevención	Grupal	Talleres grupales con profesores	Cualquier miembro del equipo de salud
Visita Domiciliaria Integral	Tratamiento	Individual	Evaluación complementaria al ingreso, controles, evaluaciones de egreso y seguimiento	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.
Colaboración con grupos de autoayuda	Prevención	Grupal	Acompañamiento de los grupos ya formados y fomento para la formación de nuevos grupos	Cualquier miembro del equipo de salud
Consultorías en la APS desde el equipo especialidad de salud mental	Coordinación entre niveles para mayor integración (RISS)	Individual	Revisión de flujos de casos presenciales y no presenciales, transferencia técnica y coordinación referencias y contra referencias	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.

Los programas de reforzamiento de la atención primaria (PRAPS), según corresponda, se programan conforme a lo definido en las respectivas orientaciones técnicas.

5.3. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA ³⁷

5.3.1. METODOLOGÍA

Se consignan las formas de abordaje de los problemas y tratamiento, según el modelo de atención acordado. Especial atención en este aspecto, debe tener las orientaciones acerca del modelo de salud con enfoque familiar y comunitario y que hacen énfasis en la adaptación de las acciones locales para la consecución del modelo.

³⁷ Adaptado a partir de "Proceso de Programación. Apuntes docentes Escuela de Salud Pública - Universidad de Chile". Prof. Lic.Enf. Pilar González et al.

5.3.2. ACTIVIDADES

Identifica qué se va hacer.

Las actividades corresponden a las acciones que se deben implementar para alcanzar los objetivos propuestos.

Deben ser pensadas para abordar integralmente el problema de salud. Se pueden clasificar de la siguiente manera:

a. Actividades de Promoción de la salud

Algunos ejemplos:

- Gestión local de determinantes sociales de la salud: creación de huertos comunitarios, reciclaje, apoyo al desarrollo de barrios saludables
- Intersectorialidad: mesas territoriales intersectoriales, Comisiones Mixtas Educación- Salud, formación de líderes y gestores sociales, planificación de acciones política integrales, generación de instancias de coordinación intersectorial
- Estrategias de acción comunitaria con enfoque psicosocial: impulsar consejos de desarrollo local, Consejos Consultivos de adolescentes y jóvenes, desarrollo de escuelas comunitarias para fortalecer la salud pública, promoción de cultura y cuidados del medio ambiente.
- Comunicación social para la salud: actos comunitarios como ferias, carreras, uso de redes sociales como espacios educativos, experiencias en radios comunitarias.

b. Actividades de Prevención y Protección Específica. Ejemplos.

- Vacunaciones
- Consultas o controles (Medicina, Enfermería, Nutrición, Psicología, Social, Odontológica, Regulación de la Fertilidad, Tamizaje de cáncer cervicouterino y cáncer de mamas, etc.) incluyendo a niños, niñas y adolescentes (NNA) que pertenecen a programas SENAME
- Educación grupal e individual a población de riesgo.
- Actividades lúdicas y físicas tendientes a promover el auto cuidado y autoestima de los usuarios de riesgo
- Consejerías individuales y familiares
- Creación de grupos de autoayuda
- Reuniones con usuarios, grupos comunitarios.
- Educación grupal a personal a técnicos y profesionales de SENAME, de centros residenciales correspondientes al territorio del centro de salud, en temáticas de desarrollo infantil temprano, prevención de salud mental, fármacos, entre otros.

c. Actividades de curación y rehabilitación. Ejemplos.

- Diferentes consultas para atender la morbilidad por cada profesional del equipo de salud en consultorio o domicilio.
- Telemedicina*
- Educación grupal e individual a los portadores del problema de salud.

- Actividades lúdicas y físicas tendientes a promover el auto cuidado y autoestima de los pacientes con problemas de salud.
- Creación de grupos de autoayuda

d. Actividades de cuidados paliativos³⁸. Ejemplos:

- Consultas y controles oncológicos por equipo multidisciplinario.
- Visitas domiciliarias a pacientes oncológicos.
- Entrega de fármacos e insumos.
- Educación grupal e individual.
- Procedimientos de enfermería.
- Telemedicina.
- Apoyo al duelo.

e. Actividades de participación y generación de auto responsabilidad individual y comunitaria

- Reuniones vecinales y comunales
- Educación individual y grupal de usuarios portadores de los procesos mórbidos y población general.
- Campañas de difusión y sensibilización del problema.
- Creación de brigadas de apoyos.
- Conformación de Consejos Consultivos de Jóvenes
- Creación de grupos de autoayuda. Otros.

f. Actividades Complementarias y de apoyo a la gestión del Programa

- Campaña de difusión del Programa en el servicio y en la población
- Reuniones de coordinación en los niveles estratégicos, tácticos y operativos.
- Reuniones de Planificación, seguimiento y evaluación. Otras.
- Reuniones de trabajo intersectorial incluyendo a población NNAJ que pertenecen a programas SENAME (ambulatoria, residencia y CIP-CRC)
- Jornadas de Capacitación mhGAP en el Establecimiento de Atención Primaria.
- Reuniones clínicas de los diferentes estamentos/profesiones de cada CESFAM. Corresponderá a la Dirección de cada Centro de Salud, la definición de frecuencia, duración y protocolos para la realización de estas.

g. Actividades de desarrollo del Modelo de Salud Familiar

- Reuniones de sector: reuniones de todos los integrantes de los equipos de cabecera. Se sugiere frecuencia semanal en horario y duración a definir en cada establecimiento.

Las actividades deben ser definidas conceptualmente, es decir especificar qué se entiende por cada una de ellas y debe estar descrita la manera cómo se realizarán. Es decir, deben contar con protocolos.

³⁸ Estrategia de desarrollo progresivo para incorporar en APS

Los protocolos establecen para cada actividad:

- A quién se dirige la actividad (sano o enfermo)
- Cómo la definimos conceptualmente
- Quién la ejecuta: como recurso principal (Médico, Enfermera u otro), como recurso alterno, como recurso simultáneo, etc.
- Cómo se debe realizar (Descripción del procedimiento)
- Cuántas veces se ejecuta. Por ejemplo, el número de controles al mes. Esto es lo conocido conceptualmente como concentración de la actividad. En el caso del Control del Recién Nacido la concentración es 1. Esto quiere decir que el niño debe tener un control de salud en el periodo de neonato.
- Se debe también determinar el rendimiento de la actividad de acuerdo a estándares ya definidos o readecuados a nuestra población. El rendimiento generalmente expresa el tiempo que utiliza el recurso humano para realizar la actividad. Por ejemplo, en la Consulta de morbilidad está establecido que el médico vea a 4 paciente por hora o que le destine 15 minutos por usuario, no obstante, ese rendimiento debe tener relación con la posibilidad de ofrecer una solución efectiva al problema de salud que motiva la consulta.
- En la educación grupal generalmente está establecido desarrollar una actividad educativa en una hora.
- Se determina la cobertura, porcentaje de población que se atenderá.
- Se determina el lugar/es en que se desarrollará la actividad.

Los estándares de concentración, rendimiento y cobertura, tradicionalmente están definidos en documentos nacionales (normas, orientaciones técnicas, guías clínicas entre otros) y en su adaptación al nivel local se debe cuidar el no comprometer el acceso equitativo de la población a las prestaciones que se definan como prioritarias.

Las consultas programadas por Telemedicina, deberán regirse por un rendimiento sugerido de 3 consultas por hora para la modalidad sincrónica y 6 consultas por hora en modalidad asincrónica, resguardando el proceso de referencia y contrareferencia.

El protocolo es un instrumento que permite:

- La unificación de criterios para desarrollar una determinada actividad.
- La estimación de recursos (anual y mensual)

De esta forma puedo estimar el total de recursos humanos por actividad mensual y anual para el Programa.

Para esta actividad se necesita un establecimiento de salud con su capacidad instalada y materiales de consumo.

5.3.3. EVALUACIÓN, SELECCIÓN DE LOS INDICADORES, DETERMINACIÓN DE MONITOREO

Evaluar es emitir un juicio de valor sobre el grado de cumplimiento de lo realizado y efectuado de un programa según lo planificado.

Los objetivos de la evaluación son:

- Establecer el grado de pertinencia, idoneidad, eficacia, eficiencia y efectividad del programa.
- Determinar razones de éxito o fracaso del programa.
- Facilitar las decisiones.
- Identificar efectos imprevistos.

Se determinan:

- Los criterios e indicadores que se emplearán para evaluar el programa.
- La secuencia o momentos de los cortes de evaluación y final.

5.3.4. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE LAS ACTIVIDADES

ILUSTRACIÓN 4: EJEMPLO DE MATRIZ BÁSICA DE PROGRAMACIÓN

Actividad	Grupo Objetivo	Población atender	Cobertura	Concentración	Nº Actividades	Rendimiento	Médico			Matrona		
CICLO VITAL INFANTIL							%	Nº act.	Nº hrs.	%	Nº act	Nº hrs
Control de Salud binomio 0d - 27 d	binomio 0d - 27 d	465	100%	1	465	2				100	465	1,06
Educación grupal	binomio 0d - 27 d	465	100%	1	58	1						
Control de Salud	1 mes	465	100%	1	465	2	100	465	1.06			

Fuente: elaboración propia

Describe la actividad relacionada a:

- Población a la que va dirigida
- Cobertura: % de población a asistir
- Concentración: Nº de veces que se realiza la actividad
- Rendimiento: El tiempo destinado para realizar la actividad

El ejemplo presentado aborda sólo una actividad, usted debe incorporar a la matriz todas las actividades del establecimiento.

Luego de concretar la matriz se determina la organización del trabajo de los recursos humanos.

Por ejemplo, la modalidad de atención del box en la que se desarrolla la actividad es de lunes a viernes, de 8 a 17 horas.

Podemos plantear diferentes alternativas en la sistematización del trabajo del médico y la matrona o los otros profesionales que vayan apareciendo como parte de la acción en cada programa.

En el ejemplo se necesitan 1,06 horas de médico y 1,06 horas de la matrona, para cubrir esta actividad se necesita 5 horas de cada profesional a la semana.

Reconocer por anticipado esta carga horaria permitirá, por ejemplo, definir la forma de construcción de la agenda, considerando el rendimiento definido para cada actividad.

5.3.5. ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA³⁹

La programación de actividades nos plantea el gran desafío de abordar la demanda de nuestros usuarios principalmente respecto a prestaciones que se escapan a las Normas y Protocolos, por ejemplo: morbilidades médicas, morbilidades ginecológicas consultas de urgencias odontológicas y descompensaciones patologías crónicas.

En el intento de anticiparse a estas demandas y poder programar los recursos para abordarlas, se realiza una estimación de la demanda.

Para esto es importante considerar elementos relacionados con los datos.

Series de tiempo: son utilizados para pronósticos a corto plazo. Una serie de tiempo corresponde a una lista de datos recogidos en el tiempo, y se basa en la suposición de que la historia predice el futuro de modo razonable. Es decir, las atenciones realizadas el año anterior sirven para estimar o pronosticar las atenciones requeridas el año en curso. Existen varios modelos y métodos de series entre los que se puede elegir.

a. Enfoque simple o pronóstico empírico

Es uno de los métodos más sencillos, utiliza el último dato como pronóstico para el siguiente período. Es decir, el número de consultas pediátricas en menores de un año del año 2019 es igual al número de consultas de este mismo rango etario de 2018. Por ejemplo, si las consultas pediátricas realizadas en enero fueron 150, la demanda pronosticada para febrero será 150 consultas.

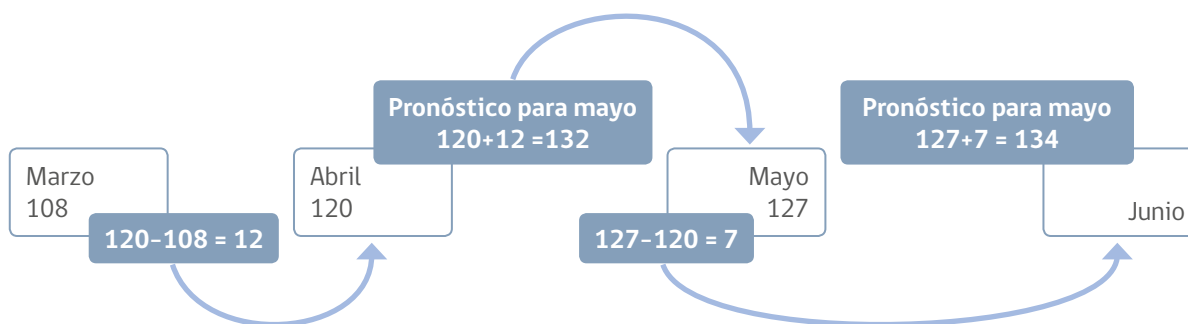
Este método puede considerar la tendencia de la demanda. El aumento (o disminución) observado en la demanda de los dos últimos períodos se usa para ajustar la demanda actual para elaborar un pronóstico.

Ejemplo 1:

Si la demanda de consultas de morbilidad en adultos mayores fue de 120 consultas en abril y de 108 consultas el mes de marzo, por lo tanto, el incremento observado en la demanda fue de 12 atenciones en un mes. Considerando esta información el pronóstico de consultas para el mes de mayo será $120 \text{ (abril)} + 12 \text{ (incremento de marzo a abril)} = 132 \text{ atenciones}$.

Si la demanda real del mes de mayo fue 127 atenciones, el pronóstico para junio será de $127 \text{ (mayo)} + 7 \text{ (incremento de abril a mayo)} = 134 \text{ atenciones}$.

³⁹ Guerrero A. Unidad II "Pronóstico de la demanda". Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM). Disponible desde: <https://www.coursehero.com/file/22478899/pronosticodelademanda/>



b. Estimación del promedio:

El patrón horizontal de una serie de tiempo se basa en promedio de la demanda. Por lo tanto, el pronóstico se obtendrá sacando la media aritmética de un grupo de datos a través del tiempo.

Por ejemplo.

Usted cuenta con el registro de horas de uso de sala ERA en las últimas 10 semanas. ¿Cuántas horas se ocuparán la semana 11?

Semana	Horas uso sala ERA
1	22
2	25
3	40
4	40
5	30
6	20
7	18
8	28
9	10
10	18

Para hacer una estimación de las horas del uso de sala ERA para la semana 11, se debe sumar el número horas de cada una de las semanas y luego se divide por el total de semanas.

Promedio de horas uso sala ERA =

$$\frac{22+25+40+40+30+20+18+28+10+18}{10} = \frac{251}{10} = 25,1 \text{ horas}$$

La estimación de horas de uso de sala ERA para la semana 11 es de 25,1 horas.

c. Promedios móviles:

Se utiliza para estimar el promedio de varias semanas de demanda, permite suprimir el efecto de variaciones debidas al azar. Se utiliza cuando la demanda no presenta tendencias pronunciadas ni fluctuaciones estacionales.

Se calcula la demanda promedio para los "n" períodos más recientes, para utilizarlos como pronóstico del período siguiente.

Para el siguiente pronóstico, una vez que se ha estimado la demanda de los "n" últimos períodos, la demanda más antigua incluida en la estimación anterior, se sustituye por la última demanda calculada. Luego se debe volver a calcular el promedio.

$$\text{Pronóstico para el período } x = \frac{\text{Suma de la últimas "n" demandas}}{n} = \frac{Dt1 * Dt2 * Dt3 * Dt4 * Dt5}{5}$$

Donde:

Dt_i = demanda observada en cada uno de los períodos t

n = número total de períodos incluidos en el promedio.

Volvamos al ejemplo de las horas de uso de sala ERA.

Recordemos el ejemplo de uso de horas de sala ERA.

Ejemplo 3:

Consideremos los datos de la tabla de uso de horas sala ERA para calcular un pronóstico móvil de 5 semanas para estimar cuantas horas de uso se sala ERA se proyectan para la semana 11.

$$F_{\text{semana 11}} = \frac{18 * 10 * 28 * 18 * 20}{5} = \frac{94}{5} \quad 18,8 \text{ horas}$$

Si el uso real de la sala ERA en la semana 11 correspondió a 15 horas, obtener el promedio móvil de 5 semanas para la semana 12.

$$F_{\text{semana 12}} = \frac{18 * 10 * 28 * 18 * 15}{5} = \frac{89}{5} \quad 17,8 \text{ horas}$$

CAPITULO VI. COORDINACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL USUARIO

La Atención Primaria es la base del proceso de atención en salud, donde se programa de acuerdo a Planes de Salud previamente establecidos, tratando de dar respuesta a los requerimientos generales de salud a la población desde el punto de vista del ciclo vital y la continuidad de la atención, con una mirada de promoción y prevención, pero también desde el punto de vista curativo y rehabilitación en patologías generales.

Esta atención más general pero no menos resolutive y compleja en su dimensión, necesita coordinarse estrechamente con el nivel secundario de especialidad, que si bien tiene una lógica de programación un poco diferente donde no existe un plan de salud, sino una respuesta quizás más reactiva a los problemas que se escapan del ámbito primario. Si debe considerar y basar su Programación en la demanda de Atención Primaria.

Ambos niveles deben construir un modelo que dé respuesta real, resolutive con seguridad y calidad a los problemas de salud de la población a cargo y esto implica una estrecha relación e interdependencia.

Existen estrategias de comunicación que forman parte de nuestra normativa, que deben ser utilizadas y potenciadas como el **Sistema de Referencia y Contrarreferencia** que se describe a continuación:

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutive y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

Referencia (sinónimo de derivación): Es la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de una persona derivada de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutive a otro de mayor capacidad, para a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.

Contrarreferencia: Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o servicio clínico de origen del paciente, respecto de la interconsulta solicitada. Es aquel procedimiento, mediante el cual se retorna al paciente al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido satisfactoriamente la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada.

La **Contrarreferencia** puede ejecutarse idealmente en dos momentos, siendo obligatoria la segunda.

- a. Respuesta a la Interconsulta: Cuando el paciente recibe su primera atención (consulta nueva) donde se informa al establecimiento de origen que el paciente fue atendido, se confirma o descarta la hipótesis o duda diagnóstica y el plan de tratamiento.
- b. Contrarreferencia propiamente tal: En el momento de alta del paciente del establecimiento de mayor complejidad, donde se informa al establecimiento referente que el paciente está dado de alta de la patología por la cual fue derivado o que fue estabilizado y requiere continuidad de la atención con un plan terapéutico definido.

En relación a la Telemedicina, la contrarreferencia es de vital importancia, para asegurar la entrega de indicaciones al paciente y se debe asegurar la programación de esta actividad.

El documento de contrarreferencia debe contar con los siguientes datos:

1. Datos del paciente: Nombre, Rut, edad.
2. Datos del establecimiento que contrarrefiere.
3. Datos del establecimiento de referencia.
4. Diagnóstico.
5. Tratamiento realizado
6. Plan o indicaciones para APS.
7. Datos del médico especialista que contrarrefiere: Nombre, Rut y especialidad.
8. Fecha.

Para que exista una adecuada comunicación entre los distintos niveles de atención deben existir **Protocolo de Referencia y Contrarreferencia**: que son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial.

Estos instrumentos deben ser contruidos en conjunto considerando las carteras y la capacidad resolutive de los distintos establecimientos y dispositivos de la RED.

Deben ser el resultado de un “Acuerdo de RED” para dar la respuesta más resolutive a un problema de salud de la población a cargo.

Para evaluar si la referencia está siendo pertinente esta debe ser monitorizada para generar las estrategias de mejora necesarias.

Definiremos y mediremos como Pertinencia a la derivación de acuerdo a los protocolos de referencia y contrarreferencia de la red.

Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:

1. La no pertinencia por el no cumplimiento de las reglas de derivación: esta ocurre cuando la derivación no cumple con los criterios definidos en el mapa de derivación (Normas de Referencia y Contrarreferencia) sobre el establecimiento y/o especialidad a la cual derivar.
2. La no pertinencia por no respetar los criterios clínicos de Inclusión o exclusión del problema de salud causante de la derivación, que sería la más relevante.

La No pertinencia debe generar que la RED realice las mejoras ya sea en capacitaciones, reuniones de coordinación, implementación de nuevas estrategias, etc. Que asegure la segura y expedita resolutive.

6.1. RECOMENDACIONES DE COORDINACIÓN

Fortalecer la integración de la Red Asistencial Pública, bajo el modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en APS, permite coordinar los diferentes niveles de atención, garantizando el acceso de toda la población a los servicios sanitarios y optimizar la calidad técnica de las prestaciones, contribuyendo así a una mejor satisfacción de los ciudadanos.

Existen ejemplos valiosos que reflejan el trabajo coordinado en Red como son el Programa Respiratorio, las consultorías de Salud Mental, ambas son el fiel reflejo de lo que esperamos lograr a mediano y largo plazo. A continuación, se reseña la experiencia de coordinación de la red de salud Servicio de Salud Metropolitano Norte en marco del proyecto Equity LA II.

6.2. EXPERIENCIA DE PROGRAMACIÓN EN RED: AVANCES DE PROYECTO EQUITY II-RED ASISTENCIAL SERVICIO DE SALUD METROPOLITANO NORTE⁴⁰

Antecedentes del Proyecto

El proyecto EQUITY LA II es una investigación multicéntrica financiada con fondos europeos (Framework programme FP7 de la Comisión Europea). En Chile, el proyecto se ha desarrollado entre los años 2014 - 2019 y ha sido coordinado desde la Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende de la Universidad de Chile, participan las redes Metropolitanas Norte y Sur como área de intervención y control respectivamente. Dentro de la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte, han sido parte del proyecto una subred conformada por gestores y equipos de salud del Complejo Hospitalario San José (HSJ) y de APS de las comunas de Recoleta, Independencia y Huechuraba.

El proyecto, denominado **“Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud de América Latina”** ha tenido como objetivo **“Evaluar la efectividad de diferentes estrategias de integración de la atención en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención en las Redes de Servicios de Salud en distintos sistemas de salud de América Latina”**⁴¹.

Como parte del proyecto, se conformó desde 2015, un espacio participativo de conducción del proceso, el **Comité Conductor Local (CCL)**, integrado por actores de todos los niveles, gestor de red y la Escuela de Salud Pública. Este colectivo ha sido el responsable del acompañamiento y toma de decisiones a lo largo de todo el proceso. En este contexto, y a partir de un diagnóstico inicial se seleccionaron dos intervenciones factibles de implementar para contribuir a la resolución de dos problemas identificados en la línea de base del estudio (Falta de visión compartida de la red y limitada confianza y comunicación entre médicos y profesionales de los distintos niveles). La identificación, priorización de los problemas, como el diseño e implementación de las intervenciones tuvo lugar en el contexto de un proceso de trabajo participativo, de construcción colectiva:

- a. Consultorías virtuales entre niveles de atención
- b. Programa de Inducción al trabajo en red con visitas inter-nivel

Cabe señalar que el CCL se ha convertido en un actor importante para la red del SSMN, y actualmente se ha planteado el interés de que se incorpore como plataforma de diálogo, como estructura estable de participación entre los distintos actores de la red.

En las orientaciones técnicas para la planificación y programación en Red de 2018 se describieron las intervenciones que se originaron en el marco del estudio. El proyecto hoy se encuentra en su fase final; la medición de efectividad de las intervenciones desarrolladas a través del proceso de investigación-acción participativa tuvo lugar entre octubre 2017 y mayo 2018 y mostró resultados exitosos, los que son comentados en el apartado final.

⁴⁰ Autores/as del apartado e integrantes del Comité Conductor Local: Mauricio Araya - Dpto. Salud Comunal Independencia, Wilma Hidalgo - Dpto. Salud Comunal Huechuraba, María Eugenia Chadwick - Dpto. Salud Comunal Recoleta, Orietta Candia - Servicio de Salud Metropolitano Norte, Patricia Espejo - Complejo Hospitalario San José, Isabel Abarca - Instituto Nacional del Cáncer, María Angélica Contreras - Hospital Roberto del Río - Pamela Eguiguren - Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, U. de Chile

⁴¹ Vázquez M-L, Vargas I, Unger J-P, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open* 2015;5:e007037. doi:10.1136/bmjopen-2014-007037

Las Intervenciones

Videoconferencias y Consultorías Virtuales:

De forma ininterrumpida se realizan desde el primer año de implementación hasta la fecha (2017-2019). En el marco de la dinámica de trabajo colaborativo, nació una segunda actividad virtual iniciada en marzo 2018, que conserva el nombre de **consultoría virtual** y que busca un diálogo personalizado donde equipos de APS de dos comunas por vez discuten sus casos con equipos de atención ambulatoria de distintas especialidades del HSJ. Por su parte la **videoconferencia** se dejó como denominación para los intercambios donde participan todas las comunas en comunicación con equipos de las especialidades en una interacción de carácter más masivo.

a. Videoconferencias: Se trata de las instancias de frecuencia quincenal iniciadas en 2017, que se programan desde inicio de año, para la comunicación entre médicos y equipos de ambos niveles. Se conecta virtualmente APS de manera sincrónica desde los CESFAM de todas las comunas de la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) con equipos de diversas especialidades del Hospital San José y con participación de referentes del SSMN. Bajo la coordinación de la Unidad de enlace de dicho hospital, fortalecida a partir de la experiencia en el proyecto, la actividad consiste en la presentación de temas que han sido consensuados previamente entre niveles. APS participa con la presentación de casos relacionados al tema abordado, intercambiando a través de la plataforma (chat, video y audio) sus inquietudes y sus visiones, debatiéndose en cada oportunidad aspectos de la coordinación de la gestión clínica entre niveles. A partir de esta actividad se han proyectado coordinaciones específicas, como visitas en terreno, mejoras a procesos de coordinación y necesidades de ajuste a ciertos protocolos de derivación, que son canalizados luego a instancias formales de la red como las UGRL (Unidades de Gestión de Red Local).

b. Consultorías Virtuales: A partir de 2018 se introdujo en HSJ un segundo modelo que funciona en paralelo con la otra instancia ya descrita. En esta segunda instancia se conecta el equipo de la especialidad con solo dos comunas por vez. Estas consultorías tienen frecuencia mensual para las comunas que van rotando y se realizan semanalmente desde el Hospital rotando las especialidades. Su objetivo es la resolución de dudas y/o casos específicos, que son preparados y presentados desde APS.

Entre marzo 2018 y agosto 2019, se han realizado 28 videoconferencias y 38 consultorías virtuales, con la participación de un conjunto de 12 especialidades, en 2019 se registró la primera videoconferencia odontológica. El promedio de participantes por videoconferencia a crecido de 33 en 2017 a 65 en 2019, con importante participación de equipos médicos integrando progresivamente a profesionales de otras disciplinas y la comunicación de equipos.

En 2018 surge una tercera modalidad que involucra a los equipos de APS, a INCANCER y al HSJ.

c. Consultorías Virtuales desde INCANCER: En marzo de 2018 se incorporó al CCL el Instituto Nacional del Cáncer. Siguiendo los métodos participativos del estudio, se instaló una mesa de trabajo inter-nivel para discutir problemas de coordinación de la gestión clínica del paciente oncológico, identificándose como principales problemas la detección tardía y retraso en inicio de tratamiento de los pacientes oncológicos de la red; además de la permanencia de pacientes sobrevivientes, en control y seguimiento exclusivo en nivel secundario-terciario, sin la adecuada contra-referencia ni seguimiento compartido con equipos de nivel primario. Se aborda en primer término la detección precoz, aprovechando recursos instalados y polo de desarrollo

en endoscopía INCANCER, partiendo modalidad de consultoría virtual semanal con APS para la identificación y derivación priorizada para diagnóstico endoscópico oportuno de casos con factores de riesgo de cáncer del aparato digestivo, experiencia que inicia en el mes de Julio. Se utilizan los mismos recursos disponibles para las demás modalidades, conectando en este caso a médicos/as de APS, especialistas INCANCER, más referentes de HSJ y de coordinación y enlace para el apoyo y seguimiento de los casos. Esta modalidad ha mantenido frecuencia semanal, ampliándose en 2019 el número de centros conectados (15 actualmente), médicos/as con tiempo protegido como referentes para cáncer en la mayoría de dichos centros, incremento de los casos evaluados y desarrollo de componentes de capacitación y contra-referencia para ir generando espacio para el abordaje del segundo problema priorizado (seguimiento compartido). El flujo de derivación y criterios para priorización de casos, ha sido consensuado en las sesiones participativamente, para luego ser presentado al gestor de red para su formalización; proceso en el cual está la experiencia a la fecha. Del Universo de casos presentados en etapa piloto 2018 considerados pertinentes para procedimiento endoscópico en INCANCER, se alcanzó un 28% de pesquisa de cáncer, dichas personas, pudieron quedar enlazados inmediatamente para su etapa de etapificación y tratamiento. La experiencia ha permitido generar nuevos espacios para el trabajo en coordinación, no solo inter nivel sino entre los centros especializados de la red.

Recursos involucrados

- **Tecnológicos:** Plataforma de comunicación sincrónica o recurso web, conectividad web que soporte la transmisión de audio y video en línea. Cada equipo que se conecte desde el territorio debe contar con computador, micrófono, cámara web y conexión a internet. El dispositivo permite la comunicación verbal, la identificación de cada actor de la red y el conocimiento de los equipos, pudiendo además generarse discusión y comunicación escrita, vía chat en la plataforma; que permite además construir narrativas y sistematización.
- **Humanos:** Se requiere programar tiempo de los equipos médicos, profesionales y/o técnicos involucrados en la temática de la consultoría virtual, tanto en nivel primario como secundario-terciario, así como horas adicionales para profesionales que preparan y revisan los casos y/o material que será presentado, finalmente también para el espacio de seguimiento y evaluación de las actividades y de los/as pacientes. Además, de un referente o coordinador de la estrategia, que genere el enlace para la programación y ejecución del cronograma de actividades, junto con el soporte tecnológico básico. Ha surgido en el análisis como un mecanismo relevante para la coordinación, la existencia del **rol de enlace**, ya sea como referentes y/o equipos orientados a este fin, siendo ejemplo de ello, la Unidad de Coordinación y Enlace formalizada en el organigrama del Complejo Hospitalario San José y que se ha visto fortalecida en este proceso; el rol de enlace aparece también relevado en las nuevas modalidades de consultoría generadas en la red, en el caso de INCANCER aún como función dentro de la incipiente creación de una Unidad de Gestión de la Demanda, pero definiendo además un rol de coordinación de enfermería en el servicio clínico involucrado en la consultoría

Para un mejor desarrollo de la iniciativa con una lógica de integración de la red, se requiere de uno o más referentes a nivel del gestor de red, para monitorear y facilitar la materialización de acuerdos y compromisos que deriven de la comunicación entre niveles, ejemplo de ello tiene que ver con el ajuste o modificación de protocolos o flujos de derivación, a partir de los aprendizajes que se van generando gracias al análisis conjunto de los casos que requieren atención inter niveles.

Cabe consignar que para la implementación de las consultorías virtuales en SSMN, se ha mantenido una mesa de trabajo permanente con representantes de APS (comunidades participantes), Hospitales, Gestor de red y Universidad, abocada a los temas de comunicación internivel (CCL), que se sugiere sea un espacio existente al replicar la experiencia. En este espacio, prever que el foco de la discusión sea el/la paciente permite que la discusión sea más horizontal entre los distintos actores, mejorando con ello la comunicación, confianza y con ello los resultados de las estrategias definidas en conjunto.

Consideraciones para la programación en red de consultorías virtuales

Se sugiere que se consideren como base, los tiempos ya aplicados en la red del SSMN para el piloto de intervención, en términos de horas protegidas para la actividad y su frecuencia, según modalidad. La identificación del potencial de esta actividad, comentado ya en 2018 y ratificado en 2019, se ha constatado en la experiencia actual con su expansión y diversificación. Posibles temáticas son:

- Gestión de Demanda y abordaje de casos entre médicos contralores de nivel primario y contralores de especialidad (mejorando así la pertinencia en la derivación). En el caso de las consultorías oncológicas que tienden a este tema, ha surgido la figura de referentes de cáncer, que pueden coincidir o no con el rol de médicos contralores, pero que da pie a un trabajo con foco en el paciente oncológico, en línea con el desarrollo actual de la red nacional de cáncer y el Plan Nacional.
- Consultoría virtual para manejo de lista de espera excesivamente prolongada (revisión conjunta de casos de pacientes en espera y priorizar derivaciones o re-evaluaciones en nivel primario con orientación de especialidades)
- Construcción conjunta de protocolos a partir de problemáticas identificadas en consultorías virtuales o presenciales previas
- Desarrollo sistemático y colectivo de programas de capacitación conjunta y continua entre niveles, en temas clínicos y/o administrativos
- Consultorías para seguimiento compartido de casos y contra-referencia; orientadas a la devolución protegida de pacientes crónicos o sobrevivientes de cáncer entre especialistas tratantes y sus equipos de cabecera en nivel primario.
- Otros

Rendimiento

Considerando la experiencia de la red SSMN aún en desarrollo, se plantean recomendaciones generales que apoyen el proceso conjunto de planificación y programación de este tipo de intervenciones, según el siguiente cuadro, que además propone preliminarmente, algunos tipos o fines de las consultorías con potencial de implementación:

Tipo y/o fines de la Consultoría Virtual	Consideraciones para la programación / Participantes	Recurso Humano necesario a considerar en programación Nivel Primario	Recurso Humano necesario a considerar en programación Nivel Especialidad
Revisión de Casos Clínicos	Participación de equipos de APS y Especialidad, según ámbitos clínicos involucrados en proceso de atención, además del o las referentes de los temas a abordar (gestor de red, direcciones comunales o gestores clínicos/as)	En función de las temáticas definir perfil. Rendimiento 0.5 Horas por sesión (2 horas) más tiempo de preparación de casos para clínicos de ambos niveles.	
Gestión de Demanda y abordaje de casos derivados entre niveles para consulta o procedimiento (abordaje de pertinencia en la derivación, reforzamiento y seguimiento de protocolos, revisión de casos en espera prolongada)	Participación de médico/a contralor del nivel de referencia y nivel resolutor Identificación y preparación de los casos que ameritan revisión de acuerdo a definiciones conjuntas Definición de formatos y condiciones para la presentación de casos (Ejemplo: durante proceso de evaluación de pertinencia en origen o para fines de priorización de demanda validada) En modalidad evaluación de pertinencia de demanda de procedimientos para paciente oncológico (Experiencia consultoría endoscopia) el rendimiento promedio 4-6 casos por hora) Se recomienda programar por separado horas que consideren componente de capacitación continua,	Médico/a contralores. Tiempos según número de especialidades programadas (debería participar de todas) *En el caso de referente de cáncer, programación de tiempo debiese considerar hora de consultoría semanal más agenda para re-evaluación y/o preparación de casos para envío. Médicos/as de staff (tratante de casos a presentar, encargados de programa, etc.) o según definición por red Equipo apoyo gestión de demanda y enlace	Médico/a de especialidad o área de especialidad, para contacto sincrónico Médico/a de especialidad para preparación de retroalimentación de contra-referencias de casos previamente presentados Profesional de enlace y apoyo a la gestión de casos
Construcción conjunta de protocolos a partir de problemáticas identificadas en consultorías virtuales o presenciales previas	Se consideran consultorías de tipo "capacitación o reuniones conjuntas" por tanto de abordaje masivo y de acuerdo a la temática en la cual se implementen aplica perfil de participantes y periodicidad. Se recomienda para temas administrativos o de trabajos en protocolos, se complemente el trabajo presencial y virtual, asegurando así su adecuada difusión y participación de todos/as		
Capacitación en temas clínicos y/o administrativos			

Resultados de la evaluación de efectividad de las intervenciones en la Red del SSMN

- Desde el punto de vista cuantitativo se observaron mejoras en la red en la comunicación experimentada entre médicos de los distintos niveles para el seguimiento de los pacientes. La red de intervención (SSMN) partió en 2015 con cifras menores respecto de la red control (SSMS) en ésta dimensión, posicionándose al final del período por encima de ésta última.
- Aumentó significativamente entre ambos años el envío de contra-referencia por parte de los especialistas y su recibo por parte de médicos de APS. La red Norte partió con un reconocimiento y envío mucho menor respecto de la Red Sur subiendo su posición en la medición final, llegando a un nivel similar.
- Desde el punto de vista cualitativo la experiencia mostró la valoración del proceso participativo y de construcción colectiva de las intervenciones como del seguimiento de su implementación. El éxito y apropiación de las intervenciones es atribuido al método.
- El levantamiento de línea de base se consideró clave para la instalación del trabajo colaborativo, donde el diseño e implementación de las intervenciones se dio en un proceso de construcción colectiva y de abajo hacia arriba.

- La ampliación al territorio y la incorporación de nuevos establecimientos a la estrategia, son señales muy positivas del abordaje hacia la construcción de una identidad y visión compartida de la red, así como evidencian avances en la institucionalización y sostenibilidad de las intervenciones.
- Se han extraído lecciones que apuntan a elementos del método de investigación -acción participativa como de su enfoque, que los actores recomiendan para incorporar a las formas de trabajo conjunto de los equipos directivos y gestores de la red.
- Durante el proceso se reconocen varios ciclos de acción-participación sucesivos, relevándose siempre nuevos problemas como oportunidades para avanzar en coordinación de la red.
- Junto con los resultados del estudio la información disponible desde el HSJ muestra mejoras importantes en la pertinencia de derivación desde APS como de disminución de derivaciones, apuntando a una mayor resolutiveidad.
- Las intervenciones realizadas en el marco del estudio como la sinergia con otras iniciativas gatilladas a partir del vínculo entre los actores de la red han generado atenciones más rápidas en casos derivados y el uso eficiente de recursos con sentido de red.
- Las mejoras observadas dan cuenta de la sinergia entre múltiples iniciativas desde los distintos actores de la red, que convergen en el esfuerzo por fortalecer su integración y la calidad de atención brindada a su población beneficiaria.

Comentarios finales

Esta síntesis recoge el trabajo de un enorme equipo de directivos/as, profesionales, técnicos/as y administrativos/as de la red SSMN, de la Escuela de Salud Pública y ha sido preparada como un aporte para el presente documento. Se ha consolidado la institucionalización de videoconferencias y consultorías virtuales como mecanismo de coordinación de la red en variadas modalidades y continúa el trabajo colaborativo, en pos de la mejora de la coordinación de la red y la continuidad asistencial para los usuarios/as del sector público de salud. La investigación acción participativa, sus principios y sus métodos han mostrado ser herramientas valiosas para el desarrollo de procesos de gestión colaborativa de la red asistencial.

CAPITULO VII. PROGRAMACIÓN EN EL NIVEL SECUNDARIO Y Terciario

Para la programación del Nivel Secundario y Terciario, es esencial que cada Servicio de Salud, realice la definición de sus objetivos y líneas estratégicas que permitan satisfacer la demanda de su población asignada.

Al plantear objetivos y lineamientos, se establecen las carteras de servicios asociadas a cada establecimiento de forma que se optimice el funcionamiento de la Red, con implementación de los principales procesos asistenciales, de forma que se defina un flujo articulado de las personas entre los distintos niveles de la Red, asegurando la continuidad de la atención.

En la práctica, esto implica como inicio del proceso programático de los establecimientos, el realizar un diagnóstico de la Red que incluya: caracterización de la demanda de la población asignada, cálculo de la oferta total de los distintos establecimientos de la Red y la comparación entre estos 2 resultados, para poder realizar el cálculo de la brecha existente.

OBJETIVO GENERAL

Optimizar la gestión de la Red Asistencial a través de la programación de la totalidad de horas disponibles en los establecimientos, con énfasis en la coordinación de ésta para satisfacer la demanda asistencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Dar respuesta a los requerimientos sanitarios de la población beneficiara, optimizando al máximo el recurso profesional en la entrega de las prestaciones requeridas.
2. Realizar el proceso de cálculo de las prestaciones a ofertar por la especialidad durante el año a programar, de acuerdo a estándares definidos por la normativa ministerial y del establecimiento.
3. Definir la oferta real de la especialidad en los distintos tipos de prestaciones.
4. Determinar la brecha existente.
5. Permitir la evaluación del cumplimiento cuantitativo del rendimiento de los profesionales.
6. Permitir la evaluación del cumplimiento de cada establecimiento en su rol de prestador para la Red.
7. Utilizar la programación como herramienta de gestión para dar resolución a la brecha definida.
8. Potenciar los mecanismos de coordinación y gestión de las redes asistenciales, con optimización de la utilización de las horas profesionales contratadas validadas por sistema de registro de RRHH.
9. Optimizar el cumplimiento de la programación de la oferta institucional de los Servicios de Salud.
10. Implementar mecanismos de control de gestión, para la monitorización y seguimiento de acciones correctivas en relación al proceso de programación y ejecución de ella.

PROCESO DE PROGRAMACIÓN

El Proceso de Programación anual se inicia en septiembre de cada año con la difusión de las Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en Red emitidas por el Ministerio de Salud. La difusión es responsabilidad de cada Servicio de Salud y debe contemplar a todos los establecimientos que conforman su Red.

Se debe implementar Comité de Programación en los Servicios de Salud, donde el director en su Rol de Coordinador de la Red, debe definir los lineamientos de gestión a seguir para el año entrante, analizando y gestionando la totalidad de su oferta institucional y su demanda actualizada, en función de los requerimientos de salud de la población. Los Comité de Programación, deben ser implementados también a nivel de los establecimientos para que utilicen la programación como herramienta en la gestión, con monitoreo de indicadores y planteamiento de mejoras para lograr los objetivos definidos para el año.

Las estrategias y lineamientos del Servicio de Salud deben ser presentados en el Consejo integrador de la Red Asistencial (CIRA) a más tardar en octubre del mismo año, para que posterior a ello los Comité de Programación de los establecimientos trabajen en su programación de manera interna. Este producto debe ser presentado y validado por el Servicio de Salud en diciembre del año en curso, en búsqueda de optimizar la complementariedad de carteras de servicios y gestión de mejora en el uso de los recursos.

El Comité de Programación de cada servicio de salud y establecimiento programado de atención secundaria y terciaria, debe ser actualizado anualmente definiendo los participantes y responsabilidades específicas de cada uno, por lo que se define que:

1. Responsable de la programación definitiva: Director.
2. Responsable de la gestión del proceso de programación: Subdirector Médico.
3. Responsable operativo de programación en cada especialidad o estamento dentro de cada establecimiento de nivel secundario y terciario: se definirá según estructura organizacional del establecimiento, por ello los principales participantes deben ser: Jefe de Atención Ambulatoria, Jefe de Servicio de la especialidad o de las distintas Unidades de Gestión.
4. Responsable de la Gestión de Recursos Humanos: Jefatura Recursos Humanos.
5. Responsable de Agenda: Encargado o responsable de Agenda o equivalente.
6. Responsable Registros de Información: Encargado o responsable de Gestión de Información o equivalente.
7. Jefatura de Control de Gestión o sus equivalentes.

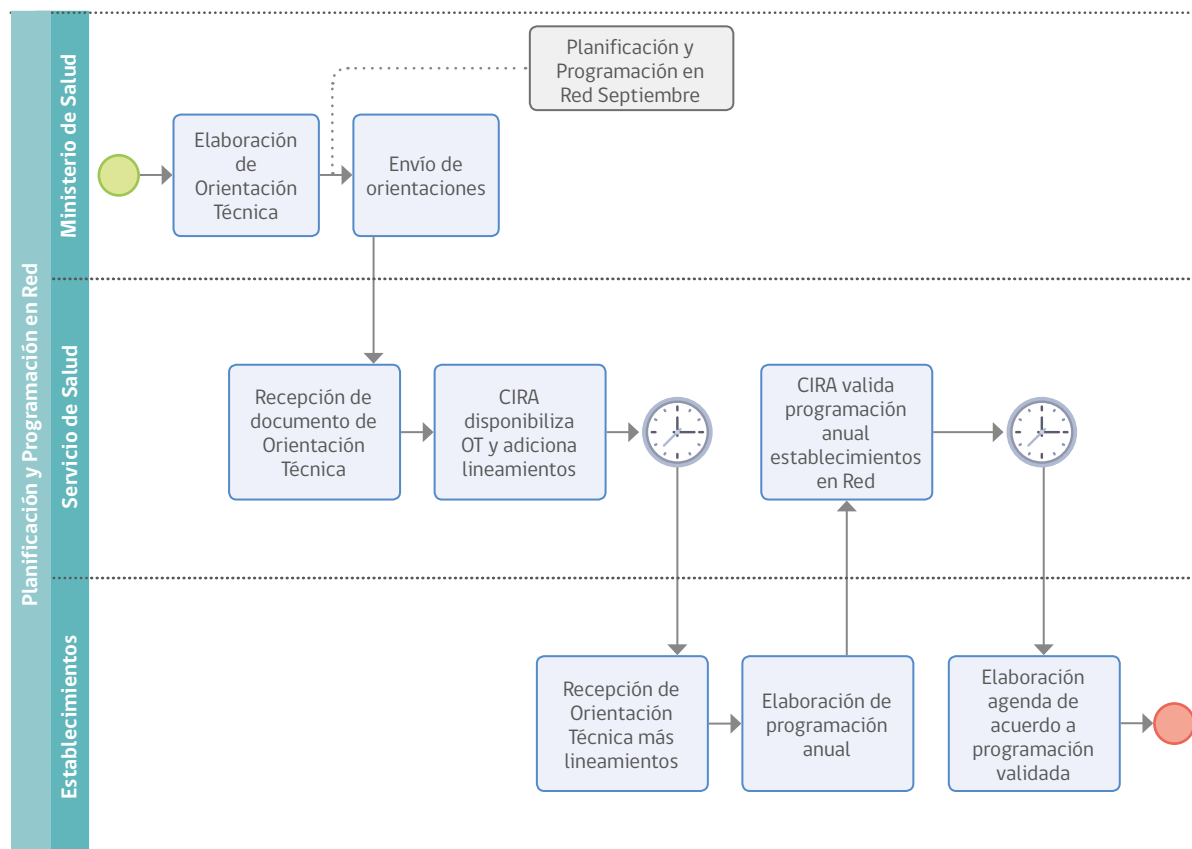
El Comité de Programación liderado por el Director o Subdirector Médico de cada establecimiento, convocará a todos Jefaturas de Profesionales médicos y no médicos a una Reunión de programación donde se les entregará las Orientaciones Ministeriales y lineamientos de la Red y las propias del establecimiento para la operativización del proceso.

Se sugiere que el Comité de Programación del servicio de salud y de los establecimientos programados, realicen reuniones a lo menos trimestrales y dentro de sus actividades incluyan:

- Realizar el Diagnóstico de su Red: caracterización demanda, programación de oferta y gestión de brechas.
- Confeccionar plan de trabajo anual (corto/mediano/largo plazo).
- Carta Gantt y seguimiento de Actividades:
 - i. Confección y respaldo de acuerdos con Acta Reunión
 - ii. Lista de asistencia.
- Análisis de indicadores de gestión, tales como:
 - i. % de cumplimiento de programación.
 - ii. % de consultas nuevas.
 - iii. % de NSP
 - iv. % altas de especialidad

Es deber del Comité de Programación, encabezado por el Gestor de Red, que las estrategias definidas estén en conocimiento de todos los actores involucrados y sean trabajadas en equipos multidisciplinarios para lograr su implementación efectiva.

ILUSTRACIÓN 17: PROCESO DE PROGRAMACIÓN



7.1. PROGRAMACIÓN DESDE LA DEMANDA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

En el nivel secundario la programación desde la Demanda debe considerar los aspectos demográficos y epidemiológicos de la población, con el objetivo de identificar las brechas y se pueda dar respuesta a las necesidades; para optimizar la gestión de la Red según las carteras de servicios de los establecimientos el aspecto más importante a considerar en este nivel será la Demanda explícita.

Para realizar la programación desde la demanda, se debe cuantificar la Demanda Explícita y contemplar la siguiente información, análisis y estrategias:

Análisis de la demanda de atención por especialidad

1. La demanda de registros de pacientes en espera de primera atención (NO GES/ SIGGES): Para esto considerar análisis anual de pacientes en Lista de Espera No GES, más la demanda de pacientes GES, con lo que se identifica el número de pacientes en espera de atención distribuido por las especialidades médicas requeridas.
2. Análisis de La demanda de la población bajo control: Tomando la base de datos de población atendida bajo control con corte anual, se identifica el número de pacientes nuevos y antiguos con control de años anteriores, así mismo el número de pacientes con altas y frecuencia de atención realizada (según protocolos establecidos en la Red)
3. Proyección de Altas: esto permitirá redistribuir la concentración de prestaciones y generar mayor oferta para consulta nuevas.

PROYECCIÓN DE LA DEMANDA REQUERIDA POR ESPECIALIDAD

El cálculo de la demanda por especialidad se basa en todas las prestaciones requeridas para la atención del paciente, sean de la línea diagnóstica o terapéutica, sumadas todas las prestaciones "programables" profesionales médicas y no médicas requeridas.

Por cada prestación se definen al menos dos coeficientes técnicos: Concentración e Incidencia

1. Concentración: número de veces que cada paciente recibirá esa prestación en el año calendario.
2. Incidencia: Porcentaje de pacientes que requerirán esa prestación.

Identificación y Gestión de brechas observadas por especialidad:

Para identificar la brecha se procede a comparar los recursos disponibles con los requerimientos proyectados. El número total de horas requeridas para la ejecución semanal de cada prestación en cada especialidad se compara con los recursos de infraestructura, equipos y Recursos Humanos asociados.

Si del análisis se observa una brecha muy alta entre la demanda estimada y la oferta, entonces es pertinente gestionar estrategias, como, por ejemplo:

- Seleccionar la demanda que se cubrirá con recursos institucionales y la demanda que se cubrirá con otras estrategias como compra de servicios, considerando la oferta pública o privada fuera de la Red.
- Aumentar las altas de la población bajo control en nivel secundario.
- Optimizar resolución de especialidad en otros niveles de atención de la Red.
- Redistribuir las horas de personal hacia las prestaciones en brecha con mayor lista de espera.

7.2. PROGRAMACIÓN DESDE LA OFERTA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

La Programación de la oferta profesional se define como la metodología con la que se efectúa el cálculo de las actividades que debe cumplir un profesional de acuerdo a sus horas contratadas y los requerimientos de la especialidad, aplicando criterios técnicos y administrativos previamente definidos el equipo directivo para dar respuesta a las necesidades de los beneficiarios y mantener la concordancia con los lineamientos y normativa Ministerial.

Con ello se logrará generar en las Redes Asistenciales un diseño de estrategias en el contexto de coordinación de la Red, que permita la optimización del recurso de horas profesionales a través de una metodología de programación sobre la totalidad de horas contratadas, y gestión de horas con mirada de red.

Se debe programar a todos los profesionales debidamente registrados en el SIRH, para control y seguimiento a realizar por el nivel central en DIGEDEP.

Cada responsable de operativo de programación en cada especialidad o estamento dentro de cada establecimiento de nivel secundario y terciario se reunirá con su equipo de trabajo y realizará la programación general y posteriormente la programación individual de profesional contratado.

Esta programación deberá ser validada posteriormente por comité de Programación, una vez validada será informada a los equipos en general y en forma individual, generando así un compromiso de cumplimiento de actividades programadas para el año.

Validada la programación anual, ésta deberá traducirse en agendas de atención ambulatoria para consultas, procedimientos y otros, más la programación de atención cerrada con programación de cirugías, visitas a sala, procedimientos y otros.

La producción de las actividades programadas deberá ser registrada diariamente por el profesional que ejecuta la actividad y éste registro será consolidado por la Unidad de Estadística del establecimiento, con lo que se obtendrá la producción mensual que debe ser analizada y utilizada como herramienta de gestión, para resolver nodos identificados. Trimestralmente se debe informar a los equipos clínicos los cumplimientos obtenidos y acordar con ellos las acciones tendientes a mejorar éstos cuando los resultados no sean los esperados.

CONSIDERACIONES SOBRE LA AGENDA

Para lograr el óptimo cumplimiento de la programación anual realizada, es fundamental que exista absoluta concordancia entre lo programado y la agenda ofertada.

Se define Agenda como una estructura organizativa de las actividades asistenciales programables y ambulatorias, por tipo de atención y profesional asignado, con fecha y horario definido que permite la citación de un paciente.

Esta estructura debe considerar distribución de cupos de acuerdo a criterios de priorización tales como: Antigüedad, GES, No GES, SENAME, Urgencia, etc.

El número de agendas a habilitar en cada establecimiento responde a las características de este, definiéndose por especialidad y/o profesional y/o actividad.

La agenda debe mantenerse abierta a lo menos durante 3 a 6 meses en forma continua y rotatoria, para dar la posibilidad de agendar los controles de los pacientes en forma inmediata post atención.

El proceso de gestión de agenda es dinámico y flexible, las agendas deben estar informatizadas e integradas con otros sistemas, permitiendo otorgar información sobre la oferta y la demanda, con el fin de gestionar los cupos de acuerdo al análisis realizado y permitir responder a las necesidades de atención de la población.

Según realidad local, se requiere la implementación de estrategias, para asegurar el fiel cumplimiento del proceso de gestión de agenda, entre ellas considerar estrategias tendientes a mejorar la contactabilidad para disminuir las inasistencias que generan pérdidas de las horas ofertadas.

PROGRAMACIÓN OPERATIVA

Se considerará para este proceso 52 semanas anuales iniciales, a las cuales debemos descontar los días no hábiles 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.

A estos descuentos generales luego se deben realizar los descuentos individuales correspondientes a cada profesional, por los conceptos de Feriados Legales, Permisos administrativos según Ley y días de capacitación, según OOTT o Normativas del Servicio de Salud:

Descuentos Individuales:

Feriado Legal:

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
Descanso compensatorio (Ley de Urgencia)	10 días hábiles

Permisos Administrativos:

Ley	Días administrativos
19.664	6 semestrales
18.834	6 anuales*

*fraccionables

Capacitación:

Ley	Días de capacitación
19.664	6 anuales
18.834	6 anuales

PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL

A cada profesional se le realizará una programación de actividades semanal, que será la base para su programación anual, asignando horas de actividades clínicas y no clínicas.

Cada cantidad de horas asignadas semanalmente a cada actividad será multiplicada por el rendimiento definido para ésta, dando como resultado el número de actividades totales a la semana para a cumplir por ese profesional.

Luego de este cálculo realizado se completará la planilla anual donde previamente se han realizados los descuentos generales mencionados anteriormente. Posteriormente y de forma particular para cada profesional según la información emanada por Departamento de Gestión de las Personas o Encargado de RRHH, se restarán además los feriados legales según antigüedad del funcionario, los días administrativos y de capacitación.

Dado esto se multiplicará la actividad semanal programada por las semanas calculadas efectivas para cada profesional, con lo que se obtiene la programación real para el año.

La sumatoria de las actividades de la totalidad de los profesionales de una especialidad o estamento, mostrará el total de la oferta de prestaciones para esa especialidad e insumo para el cálculo de la brecha a resolver.

La programación de la oferta total de los establecimientos de la Red de Atención Secundaria y Terciaria, deberán ser entregados por los Servicios de Salud, según los formatos estandarizados MIN-SAL que se difundirán para el periodo 2020.

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN

DEFINICIONES TÉCNICAS:

A. Actividades Clínicas:

Aquellas relacionadas con la atención directa del paciente y su familia, en los ámbitos de la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos.

Según anexo N°13 Glosario de Actividades, incluye el horario programado de las siguientes actividades: Consultas Totales (Nuevas + Controles), Procedimientos Totales, Intervenciones Quirúrgicas, Visitas a Sala (Staff diurno), Interconsultas a Sala, Comité, Consultas Abreviadas, Turno.

Para la programación de profesionales que realizan TURNO, debido a que las actividades a realizar dependen de la demanda diaria, no es programable el detalle de estas, por lo que se solicitará informar horario total asignado.

B. Actividades No clínicas:

Actividades no relacionadas con la atención directa del paciente sino con la gestión clínica, organizacional, de recursos, de investigación y docencia tendientes apoyar el desarrollo de las actividades clínicas y de la institución.

Anexos

- GLOSARIO DE ACTIVIDADES CLÍNICAS 2020
- CONSIDERACIONES ATENCION AMBULATORIA

7.3. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Al definir las prestaciones a programar por cada especialidad médica y las actividades de profesionales no médicos del establecimiento, es relevante definir el porcentaje de horas asignadas a la atención ambulatoria, siendo consecuente con el modelo de atención tendiente a la ambulatorización del proceso clínico.

Este porcentaje de asignación a la atención ambulatoria varía de acuerdo al tipo de especialidad, si es de tipo médica o quirúrgica, teniendo las especialidades quirúrgicas un porcentaje ambulatorio inferior dada la naturaleza de la especialidad, considerando las evaluaciones pre-quirúrgicas y existiendo relación con la especificidad y complejidad de la especialidad.

En las especialidades quirúrgicas el mayor porcentaje de horas son programadas para la actividad quirúrgica propiamente tal y esta cantidad de horas no debe superar la oferta real de pabellones para esa especialidad, así evitando la pérdida de recursos.

Las especialidades médicas deben tener mayor porcentaje de horas ambulatorias, ya que en atención cerrada su actividad es principalmente de visitas a sala o interconsultas.

Anexos

- PORCENTAJE DE HORAS ASIGNADAS A LA ATENCION AMBULATORIA PROFESIONALES MEDICOS POR ESPECIALIDAD
- RENDIMIENTOS EN ATENCIÓN AMBULATORIA

7.4. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN CERRADA

En la distribución de la oferta del total de horas asignadas a Atención Cerrada, la mayor parte de éstas se ejercen en actividad clínica directa, principalmente destinadas a las siguientes Unidades:

UNIDADES DE EMERGENCIA:

Estas unidades cuentan con producción en base a la demanda directa de los usuarios, infraestructura, equipamiento e insumos disponibles; dado esto a estas horas asignadas no es posible aplicar un rendimiento, por lo que se programará horario total como TURNO.

En los profesionales que, durante el horario de Turno, cuentan con actividad programable agendable (Imagenología, por ejemplo), se solicitará indicar la programación desglosada de las prestaciones según la cartera de servicios del establecimiento en el horario que cuenta con agenda asignada.

PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

ESTÁNDARES SUGERIDOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE PABELLONES SEGÚN TIPO DE CIRUGÍA

La programación del horario total programado de profesionales debe ser calculado en base a la disponibilización de la totalidad de los quirófanos a utilizar, sumado a la realización de reuniones de tabla con distribución de las horas necesarias para optimizar la gestión de pacientes que se encuentran en Listas de Espera.

TIPO de ACTIVIDAD	DURACIÓN	RENDIMIENTO
Nº Cirugía Menor/hr. Médico	30 min	2 Cirugías Menores/hrs Cirujano
Nº Cirugía Mayor/hr. Pabellón	120 min	0,5 Cirugía Mayor/hr Pabellón
Nº hr. Por Cirujano/Cirugía mayor	120min x2 cirujanos	0,25 Cirugía Mayor/hr Cirujano
Nº Cirugía Ambulatoria/hr. Pabellón	60 min	1 Cirugía Ambulatoria/ hr Pabellón
Nº hr. Cirujano/ Cirugía Ambulatoria	60 min x 2 cirujanos	0,5 Cirugía Ambulatoria/hr Cirujano
Nº Cirugía Obstétrica/hr Pabellón	60 min	1 Cirugía Obstétrica/hr Pabellón
Nº hr. Obstetra/ Cirugía Obstétrica	60 min	1 cirugía Obstétrica/ hr Obstetra.

PROGRAMACIÓN ATENCIÓN PACIENTE HOSPITALIZADO

ESTÁNDARES SUGERIDOS PARA PROGRAMACIÓN SEGÚN RECURSO CAMA

En la distribución del total de horas asignadas a hospitalización según lo requerido por recurso cama disponible, se debe evaluar diariamente la ocupación de camas y el nivel de cuidados de los pacientes hospitalizados para optimizar esta distribución según este análisis.

La producción de esta programación cuenta con producto principal el egreso hospitalario por lo cual no es aplicable un rendimiento a la Atención Directa Hospitalizado, por lo que se debe aplicar rendimiento y seguimiento de producción a actividades como Visitas a Sala de profesionales médicos, Interconsultas realizadas desde la atención ambulatoria, por ejemplo.

PROFESIONAL	NIVEL DE CUIDADOS	TIEMPO ESTIMADO	RENDIMIENTO	OBSERVACIONES
Médico	Nivel de cuidado crítico UCI	30-60 min.	1-2 por hr	visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)
	Nivel de cuidado crítico UTI	30-45 min.	1 a 2 por hr	visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)
	Nivel de cuidado medio	20 min.	3 por hr	visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)
	Nivel de cuidado básico	15 min.	4 por hr	visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)

PROFESIONAL	NIVEL DE CUIDADOS	TIEMPO ESTIMADO	OBSERVACIONES
Enfermera	Nivel de cuidado crítico UCI	210 min.	atención integral paciente (valoración de enfermería, procedimientos, exámenes, adm. Tratamiento, prevención Lpp)
	Nivel de cuidado crítico UTI	135 min.	atención integral paciente (valoración de enfermería, procedimientos, exámenes, adm. Tratamiento, prevención Lpp)
	Nivel de cuidado medio	80 min.	atención integral paciente (valoración de enfermería, procedimientos, exámenes, adm. Tratamiento, prevención Lpp)
	Nivel de cuidado básico	45 min.	atención integral paciente (valoración de enfermería, procedimientos, exámenes, adm. tratamiento, prevención Lpp)

PROFESIONAL	NIVEL DE CUIDADOS
Nutricionista	Acceso a atención en todas las unidades de hospitalización, se sugiere rendimiento de 2 a 3 atenciones por hr.
Fonoaudiólogo	
Psicólogo	
Kinesiólogo	
Trabajador social	
Terapeuta ocupacional	

	NIVEL DE CUIDADOS	TIEMPO ESTIMADO	OBSERVACIONES
TÉCNICO PARAMÉDICO	Nivel de cuidado crítico UCI	115 min	atención integral paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.)
	Nivel de cuidado crítico UTI	115 min	atención integral paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. Medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.)
	Nivel de cuidado medio	85 min	atención integral paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.)
	Nivel de cuidado básico	85 min	atención integral paciente (aseo, confort, prevención Lpp, adm. medicamentos, asistencia alimentación, entre otros.)

7.5. ESTÁNDARES SUGERIDOS PARA PROGRAMACIÓN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

La Hospitalización Domiciliaria corresponde a aquella modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional de atención cerrada, en la cual el usuario recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad, y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial. Favorece la continuidad de la atención como parte del proceso de hospitalización, permitiendo la participación del usuario y familia en su propio entorno, bajo los estándares de calidad y seguridad. Esta estrategia requiere de indicación y control médico, y el término de este proceso estará definido por el alta médica, incluye además las prestaciones otorgadas por un equipo multidisciplinario, de manera de abordar al paciente integralmente.

Rendimiento: Recursos Humanos: atención de 15 personas por 12 horas, por día, de lunes a lunes

Profesional	Hrs destinadas a Hospitalización Domiciliaria
Enfermera	88 hrs
Médico	33 hrs
Técnico Paramédico	88 Hrs
Kinesiólogo	22 Hrs
Trabajador social	22 hrs
Secretaria	44 hrs

7.6. PROGRAMACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS:

Orientación programática para Rehabilitación

Anexo CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Orientación programática para Salud Mental

Anexo CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE PRESTACIONES SALUD MENTAL ATENCIÓN ABIERTA

Anexo CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE PRESTACIONES SALUD MENTAL CERRADA

Red Odontológica

Anexo RENDIMIENTO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Red Oncológica

Anexo CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN MODELO DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA Y DESCRIPCIÓN DE PRESTACIONES

Orientaciones Programáticas para Químicos Farmacéuticos

Anexo PROGRAMACIÓN QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Red Imagenología

Anexo CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN RED DE IMAGENOLOGÍA NIVEL SECUNDARIO Y Terciario

COLABORADORES

Este documento fue confeccionado con el apoyo de los profesionales de distintas divisiones del Ministerio de Salud, otros establecimientos de la red y la Universidad de Chile.

JEFATURAS MINSAL

Adriana Tapia Cifuentes

Jefa División de Atención Primaria

Héctor Fuenzalida Cruz

Jefe Departamento Salud Digital

Ma. Paz Grandón Sandoval

Jefa División Políticas Públicas Saludables y Promoción

Ruben Gennero Riganti

Jefe División de Gestión de Red Asistencial

Solana Terrazas Martins

Jefa División Planificación Sanitaria

Sylvia Santander Rigollet

Jefa División Prevención y Control de Enfermedades

DIVAP

Alvaro Campos Muñoz

Carlos Campos Pino

Carolina del Valle Aranda

Carolina Lara Diaz

Catalina Alcalde Cardenas

Cecilia Moraga Gutierrez

Cesar Morales Sepulveda

Claudia Lara De la Fuente

Clodoveth Millalen Sandoval

D'Angelo Iasalvatore Silva

Daniel Molina Mena

Daniela Contreras Melo

Danilo Rios Poblete

Eliana Gomez Silva

Eliana Varas Varas

Gabriel Lagos Muñoz

Lidice Tobar Quezada

Lorena Sotomayor Soto

Marcela Navarro Madrid

Marcela Rodriguez Romero

Milena Pereira Romero

Nancy Adasme Delgado

Nanet Gonzalez Olate

Orlando Duran Ponce

Oscar Briones Llorente

Pablo Cubillos Riveros

Pamela Meneses Cordero

Pamela Muñoz Abarca

Patricia Oteiza Mariqueo

Rebeca Paiva Reinero

Sofía Gonzalez Navarro

Vania Yutronic Iratchet

Gisela Schaffer Leyton
Iris Cerda Alvarado
Irma Vargas Palavicino
Javier Medel Torres
Juan Herrera Burott
Juan Pablo Contreras Rojas
Karla Castro Castro

DIPRECE

Belén Vargas Gallegos
Carolina Neira Ojeda
Carolina Peredo Couratier
Cettina D'Angelo Quezada
Constanza Aguilera Arriagada
Julia Naranjo Espinoza
Luz Cole Wells

DIGERA

Ana Jara Rojas
Carolina Isla Meneses
Cristián Parra Becerra
Daniel Venegas Soto
Felipe Salinas Gallegos
Gladys Cuevas Lucar
Inés González Soto
Jessica Villenas Gatica
José Rosales Caniumil
Lenka Parada Guerrero
Lisset Slaibe Carrasco

Verónica Veliz Rojas
Victor Diaz Aguilera
Xenia Benavides Manzoni
Ximena Barros Rubio
Yasna Opazo Fuenzalida
Yukiko Kuwahara Aballay

Marlene Valenzuela Valdenegro
Matías Irrarrázaval Dominguez
Patricia Contreras Cerda
Paula Silva Concha
Pía Venegas Araneda
Sandra Mora Palma
Ximena Rayo Urrutia

María Molina Perez
Maureen Gold Semmler
Mauricio Farías Araya
Miguel Ulloa Espinoza
Paola Arévalo Leal
Rodrigo Albornoz González
Rodrigo Martínez Labarca
Solange Burgos Estrada
Soledad Burger Betancourt
Susana Chacón Sandoval
Susana Romero Derderian

DIPLAS

Carmen Antini Iribarra

SALUD DIGITAL

Christian Igor González

Isidora Prado Uriarte

Valentina De Carcer Hott

COLABORADORES EXTERNOS

Isabel Abarca, Instituto Nacional del Cáncer

Ma. Angelica Contreras, Hospital Roberto del Río

Ma. Eugenia Chadwick, Departamento de Salud I. Municipalidad de Recoleta

Ma. José Fernandez, Servicio de Salud Metropolitano Sur-Oriente

Mauricio Araya, Departamento de Salud I. Municipalidad de Independencia

Orietta Candia, Servicio de Salud Metropolitano Norte

Pamela Eguiguren, Escuela de Salud Pública Universidad de Chile

Patricia Espejo, Complejo Hospitalario San José

Wilma Hidalgo, Departamento de Salud I. Municipalidad de Huechuraba

Rosario Sievers, Alumna en práctica Terapeuta Ocupacional - Universidad de Chile

Rosario Sievers, Alumna en práctica Terapeuta Ocupacional - Universidad de Chile

EDITORES DEL DOCUMENTO

Iris Cerda Alvarado

Lidice Tobar Quezada

Oscar Briones Llorente



