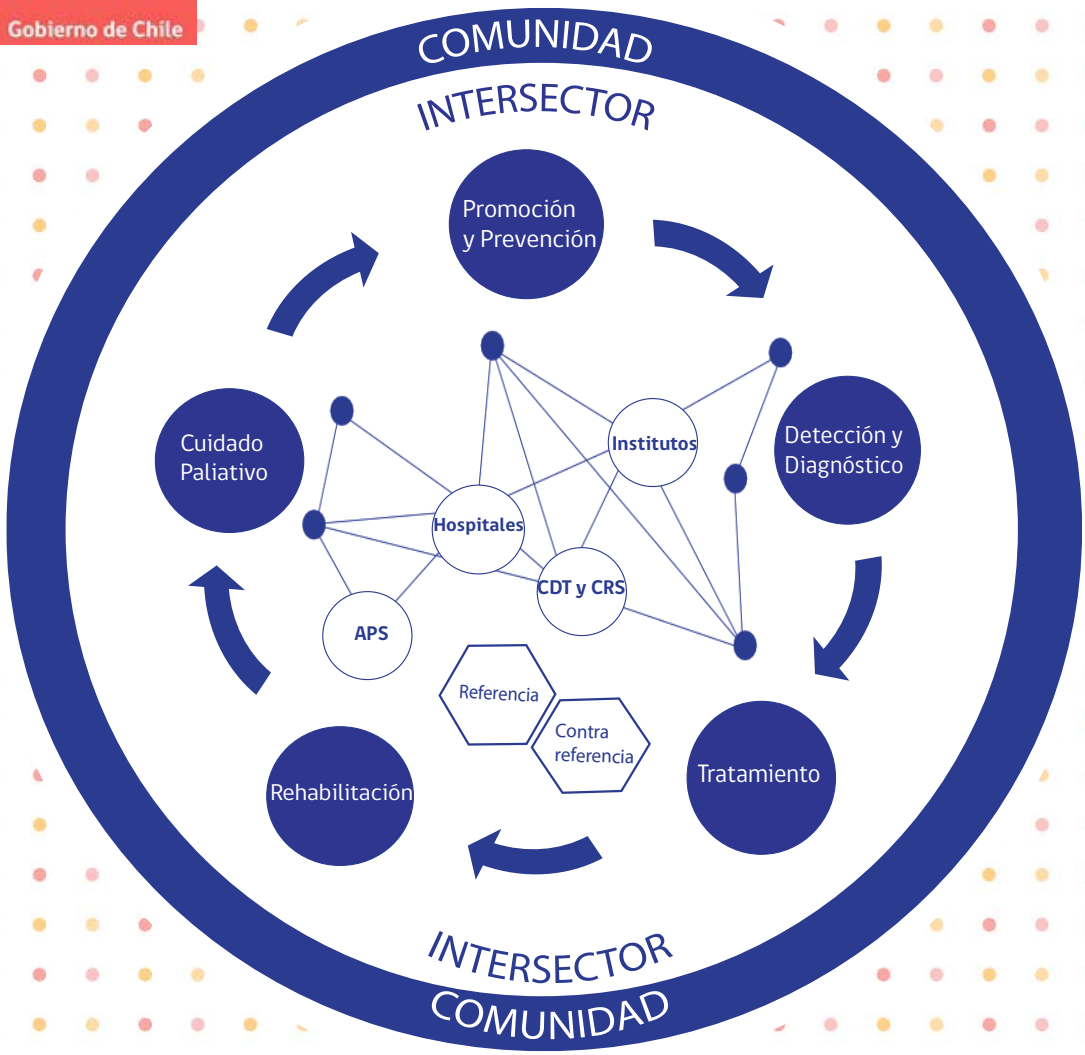
Ministerio de Salud

Gobierno de Chile



ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2019

Ministerio de Salud

Subsecretaría de Redes Asistenciales

2 El Documento “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red”, 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 publica
2. Plan nacional de salud, Ejes estratégicos y metas de impacto
3. Participación Ciudadana en Atención Primaria
4. Vigilancia Epidemiológica en APS
5. Diagnóstico de Población Migrante
6. Salud ocupacional
7. Gestión de Recursos Financieros
8. Gestión de Recursos Humanos en APS
9. Planilla PAC
10. Promoción de la Salud
11. Definición de Reuniones Intra-establecimientos
12. Recomendaciones de coordinación, ejemplos
13. Glosario de Actividades Clínicas de Especialidad
14. Consideraciones sobre Rendimientos de Atención Ambulatoria de Especialidad
15. Consideraciones sobre Prestaciones de Rehabilitación
16. Criterios Técnicos para la Atención Ambulatoria de SM por Especialidad
17. Criterios Técnicos para la Atención Cerrada de SM
18. Consideraciones sobre rendimientos de especialidades Odontológicas Secundaria
19. Descripción de prestaciones oncológicas

Índice de Contenido

CAPITULO I. BASES CONCEPTUALES 8
1.1. ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA 9
1.2.OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020 10
1.2.1.Cadena de resultados de la estrategia nacional de salud 11
1.2.2. Ejes estratégicos y Metas de Impacto 12
1.3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CONSTRUYENDO VALOR SOCIAL 13
1.4. MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA 14
1.4.1. Control integral de la multimorbilidad en personas con enfermedades no transmisibles ...16
CAPITULO II. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS) 19
2.1 ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED 24
2.2 PROCESO DE DISEÑO DE LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD 25
CAPITULO III. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN 27
3.1 ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA 27
3.2 ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN....27
3.3 FASES DE LA PLANIFICACIÓN 31
3.3.1 Diagnóstico 31
3.3.2. Plan de acción 33
3.3.3. Evaluación y Monitoreo 35
3.4 PLAN DE SALUD COMUNAL 36
CAPITULO IV. PROCESO PROGRAMÁTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA 39
4.1. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 39
4.2. PROPUESTA PLAN DE TRABAJO “PROCESO PROGRAMÁTICO” 41
4.3. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN EN ATENCION PRIMARIA 43
4.3.1. Metodología. 40
4.3.2. Actividades. 40
4.3.3. Evaluación, selección de los indicadores, determinación de monitoreo 46
4.3.4. Matriz de programación de las actividades. 46
4.3.5. Programación de las actividades de Salud Mental en la Atención Primaria 47
4.3.6. Estimación de la Demanda 49
CAPITULO V. COORDINACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL USUARIO. 53
5.1. Recomendaciones de coordinación 55
5.1.1. Experiencia de Programación en red: Avances de proyecto EQUITY II-red asistencial Servicio de Salud Metropolitano Norte. 55

CAPITULO VI. PROGRAMACION EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO.....61
6.1. PROGRAMACIÓN DESDE LA DEMANDA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO 61
6.2. PROGRAMACIÓN DESDE LA OFERTA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO 62
6.2.1. Criterios técnicos para la programación de atención abierta. 70
6.2.2. Criterios técnicos para la programación de atención cerrada 73
6.3. PROGRAMACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS: 78
6.3.1. Criterios técnicos para la programación de telemedicina. 78
6.3.2. Orientación programática para rehabilitación alta y mediana complejidad 81
6.3.3. Orientación programática para atención de salud mental 84
6.3.4. Orientación programática para atención odontológica secundaria. 84
6.3.5. Orientación programática para atención en la red oncológica nivel secundario y terciario 86

Ilustración 1. Enfoques de la planificación en la red de atención de salud....9
Ilustración 2. Plan nacional de salud 12
Ilustración 3. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario 14
Ilustración 4: Ámbitos de abordaje para sistematizar la implementación de las Redes Asistenciales de Salud....19
Ilustración 5. Desafíos del trabajo en RISS....20
Ilustración 6. Entorno y condiciones para el desarrollo de servicios de salud integrados 22
Ilustración 7: Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud 25
Ilustración 8: Resumen de Planificación Estratégica 30
Ilustración 9: Relación temporal de Visión, Misión y Objetivos Estratégicos 31
Ilustración 10: Elementos del diagnóstico Integral 31
Ilustración 11: Ejemplo de panel de indicadores para medición de calidad en los sistemas de salud (Donabedian, 1960) 35
Ilustración 12: Principales hitos de los contenidos del PSC según ley 19.378 38
Ilustración 13: Diferencia entre planificación y programación operativa 41
Ilustración 14: Ejemplo de Matriz Básica de Programación 48
Ilustración 15. Proceso de Programación 68
Ilustración 16. Formato para Programación Semanal 73
Ilustración 17. Formato para la Programación Anual 73
Ilustración 18. Historia natural de la enfermedad 90
Ilustración 19.Lineas de tratamiento oncológico 92

PRESENTACIÓN

Tal como está mandatado en la ley 19.378, Estatuto de Atención Primaria, el Ministerio de Salud debe poner a disposición de los equipos profesionales, orientaciones de planificación y programación en red en el contexto del marco normativo existente para los diferentes programas de salud que se ponen en práctica en nuestra red sanitaria. Con lo anterior se busca contribuir a optimizar el modelo de gestión en red de los servicios de salud.

Manteniendo los énfasis asociados al Modelo de Salud Familiar y comunitaria, la continuidad de la atención, el buen trato al usuario, integralidad de las acciones con perspectiva de ciclo vital, es necesario destacar que desde el año 2015, se han realizado ingentes esfuerzos por relevar la iniciativa propuesta por OPS orientada a poner en práctica efectiva " Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria" (RISS), que permitan optimizar el uso de los diferentes dispositivos de atención que se encuentran disponibles en los territorios de cada uno de esos Servicios.

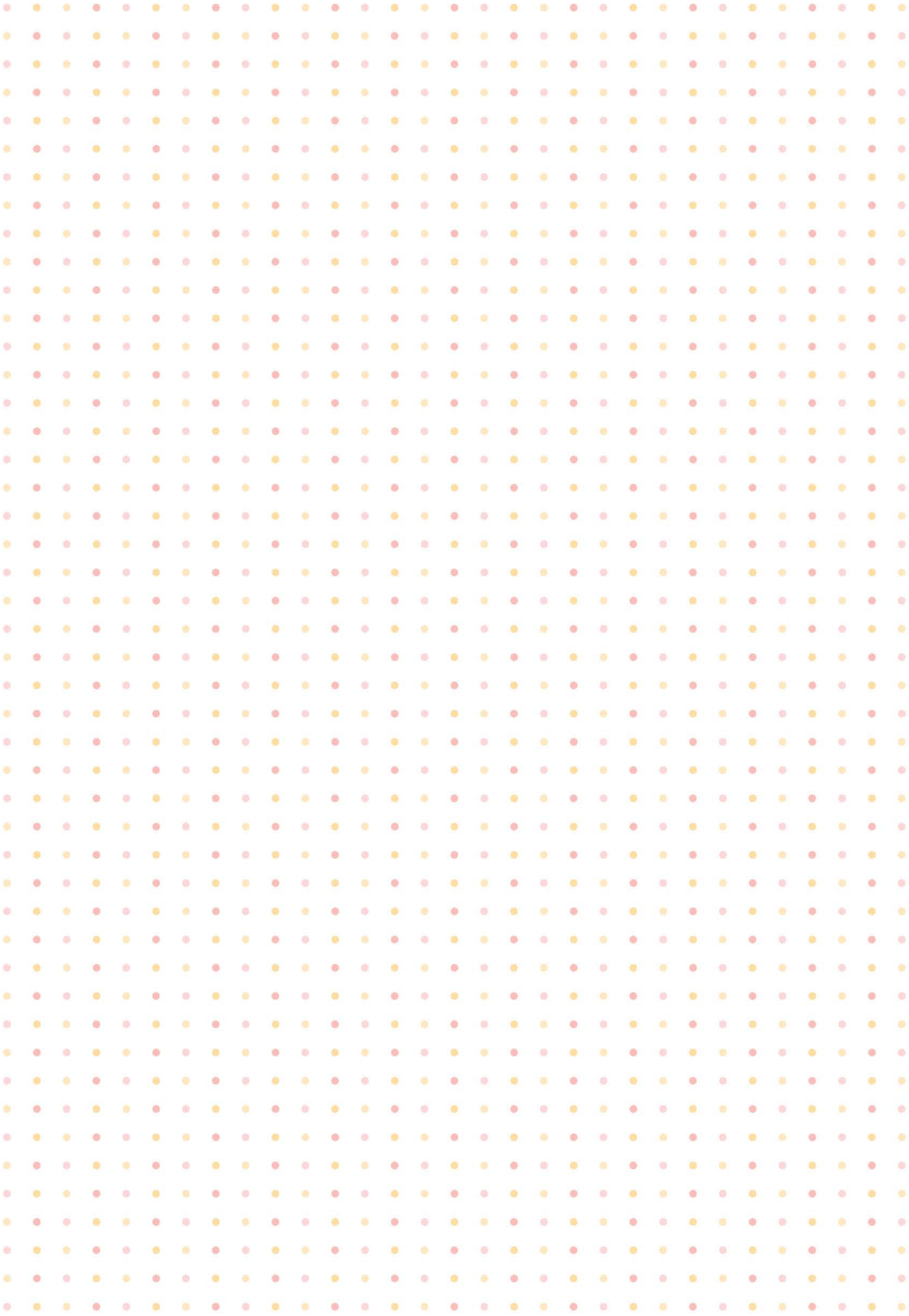
Asimismo, queremos continuar relevando la programación operativa en los diferentes establecimientos de la red, como un eje conductor de las acciones sanitarias, que marcan los énfasis de las diferentes actividades de la cartera de prestaciones, según nivel de atención y la estimación de producción de acciones directas en cada uno de ellos. Lo anterior, representa el necesario complemento de los planes de salud, desarrollados a la luz de lo indicado en el citado Estatuto de Atención Primaria, pero que, desde la perspectiva de red, hemos querido ampliar a toda la gama de establecimientos asistenciales de esa red.

Nos queda por delante el desafío a cada uno de los actores del sistema de salud público chileno; dar los pasos para lograr la efectiva integración de acciones entre niveles, favoreciendo con ello un mejor y más expedito tránsito de las personas que requieren algún tipo de atención o acción de salud por mínima que ella sea.

El presente documento, pretende ser un aporte para estimular esa integración, contribuyendo con ello a una mejor satisfacción de nuestros usuarios.

Sin duda, es menester agradecer a todos los profesionales tanto del Ministerio de Salud como de las redes de atención, que contribuyeron a la elaboración de este documento.

DR. LUIS CASTILLO FUENZALIDA
SUBSECRETARIO DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD



CAPÍTULO 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:

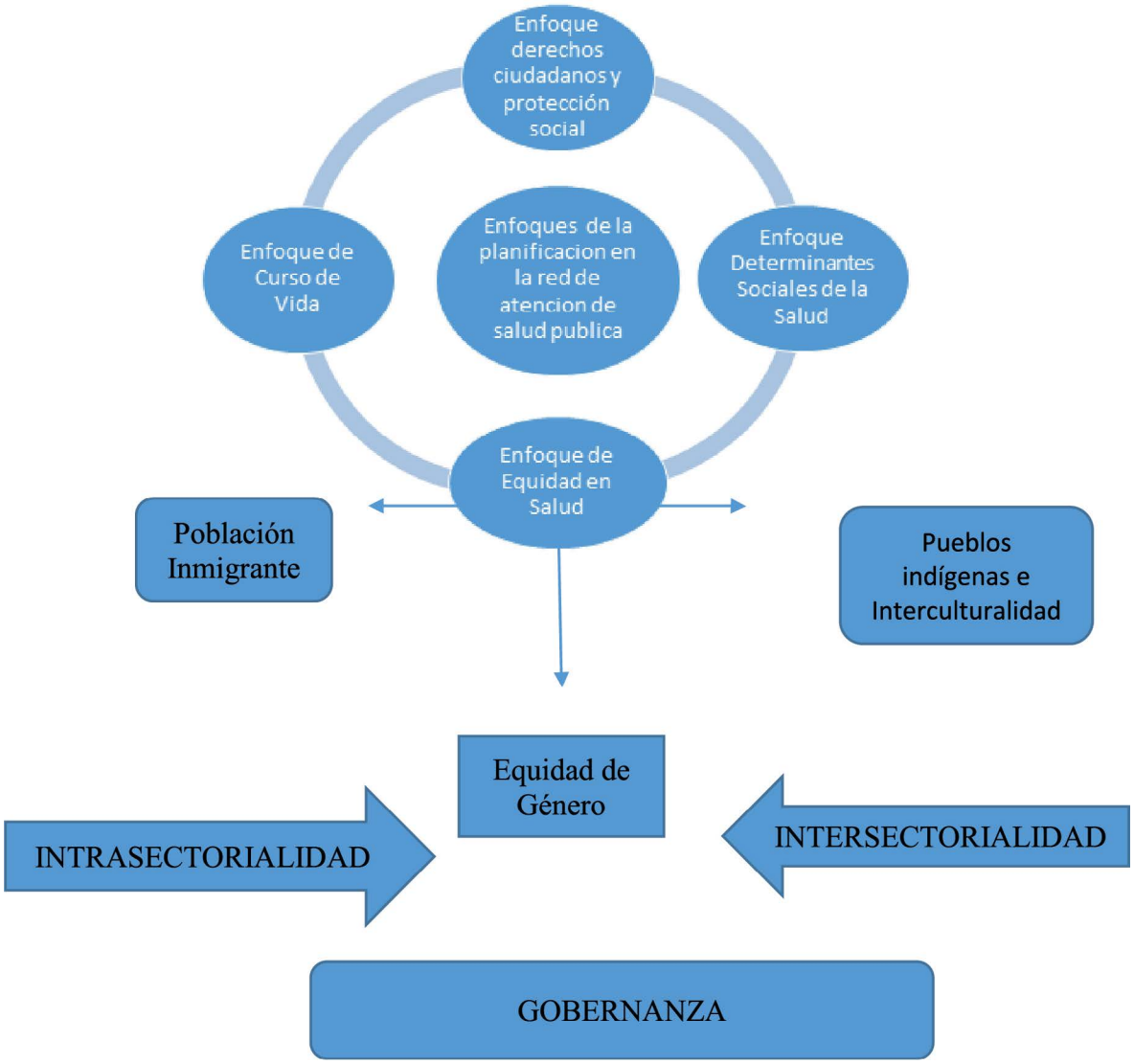
- Monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de la población.
- Vigilancia, investigación y control de los riesgos y amenazas para la salud pública.
- Reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública
- Promoción de la salud.
- Aseguramiento de la participación 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



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 "Salud de Todos" 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.

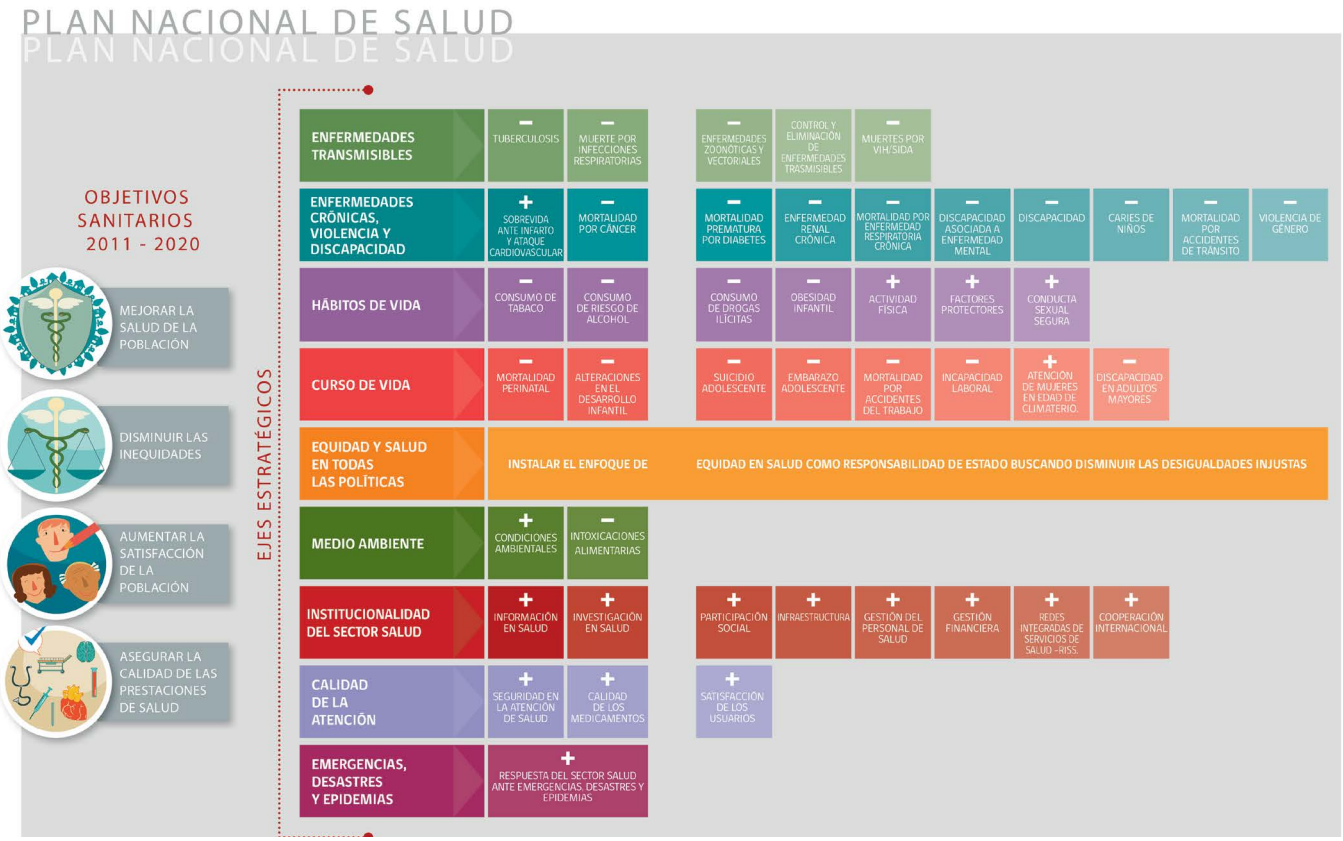
1.2.1. Cadena de resultados de la estrategia nacional de salud

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.

Ilustración 2. Plan nacional de salud



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

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

1.3. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD CONSTRUYENDO VALOR SOCIAL

El modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, tiene como uno de sus ejes principales, la participación, mediante estrategias como por ejemplo la creación de Consejos de Desarrollo Local, realización de diagnósticos participativos y planes de trabajo en conjunto, entre otros.

Se entiende la participación ciudadana como un proceso de cooperación mediante el cual el Estado y la ciudadanía tienen la capacidad de identificar y deliberar acerca de problemas públicos y sus posibles soluciones. Asimismo, el valor social, como el resultado generado cuando las políticas, los procesos y los recursos se combinan para generar mejoras en la vida de las personas y de la sociedad en su conjunto.

En este marco y después de un proceso amplio de participación mediante consulta online y conversatorios a lo largo del país, el "documento de posición respecto al valor social de la Atención Primaria[1]", recoge los consensos de un conjunto amplio de actores, plasmados en 23 compromisos, los cuales guían la continuidad del proceso participativo con la contribución de todos y todas en la co-construcción de la salud y el fortalecimiento de la Atención Primaria como base del Sistema de Salud.

Ello queda reflejado en el compromiso de gestión N° 12, "Fortalecer la participación ciudadana con enfoque territorial, pertinencia sociocultural y enfoque de derechos[2]". Que considera en los ejes del plan de participación ciudadana, "la implementación de propuestas de trabajo surgidas en el proceso de devolución de resultados de los conversatorios del congreso de atención primaria de salud".

La generación de espacios de participación en salud, permite generar una relación de colaboración y respeto mutuo entre el estado y la ciudadanía. Asimismo, favorece el fortalecimiento de la sociedad civil con una mayor legitimidad y sustento ético de las políticas públicas, por consiguiente, la participación de la ciudadanía, debe quedar reflejada en la planificación y programación de los centros de salud.

1 Documento de posición respecto del Valor Social de la Atención Primaria de Salud

2 Orientación técnica y metodológicas, compromisos de gestión en el marco de las RISS. 2018 pp162.

1.4. MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA

El Modelo de Salud Integral 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 ambiente[3].

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas del usuario 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 fortalecimiento 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: las condiciones laborales, el desempleo, el apoyo social, la calidad de la vivienda, la buena alimentación y política de transporte, son algunos de los determinantes que actúan fuertemente sobre las personas desde la primera infancia[4].

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; ***"centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado"*** [5]**.**

Ilustración 3. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario

3 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.

4 Determinantes sociales en salud y estilos de vida en población adulta de Concepción, Chile. Cienc. Enferm. vol.20 no.1 Concepción abr. 2014 https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_

5 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/

Principios del Modelo de Atención Integral de salud familiar y comunitaria

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

1. Centrado en las personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su particular forma de definirlas 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.

2. 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.

3. 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 profesional[6]. La continuidad del cuidado, significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

6 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.

1.4.1. CONTROL INTEGRAL DE LA MULTIMORBILIDAD EN PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES

En el marco de las enfermedades crónicas no transmisibles, que van en aumento progresivo en la población chilena, conforme muestran los resultados de la reciente encuesta nacional de salud, de la multimorbilidad, de las complicaciones asociadas y el alto consumo de recursos involucrados; se recomienda la atención integral en la población que presenta **Multimorbilidad**, entendiendo ésta, como aquellos pacientes con 2 o más enfermedades crónicas no transmisibles, priorizando las patologías sintomáticas con potencial de desestabilización, descompensación, y dificultad de manejo.

La multimorbilidad se asocia con una disminución de la calidad de vida, deterioro funcional y aumento de la utilización de la atención médica, incluidos ingresos de emergencia y hospitalizaciones, particularmente con un mayor número de condiciones coexistentes[7]. Además, los pacientes con varias condiciones crónicas tienen dificultades en la comprensión y el tratamiento de enfermedades múltiples y regímenes de medicamentos complejos.

A nivel internacional se estima que el 27% de las personas tienen 2 o más comorbilidades[8], 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 estudios extranjeros las patologías más recurrentes son hipertensión arterial, depresión o trastorno ansioso y dolor crónico.

En relación a la realidad nacional, de acuerdo a la ENS 2010:

- El 74,6% de la población tiene 2 o más patologías
- El 16,5% (más de 2 millones de personas), tiene 5 o más patologías.
- Además, hay 800.000 sobrevivientes de enfermedades cardiovasculares (AVE o IAM): lo que constituye un 6% de la población grupo de mayor riesgo.

El foco se orienta a optimizar los contactos del equipo de salud con los pacientes desde una perspectiva más integral, aprovechándolos como una oportunidad de resolver la mayor cantidad de problemas de salud que tenga el paciente, evitando la fragmentación por morbilidad o programas.

7 Wallace E, Salisbury C, Guthrie B, Lewis C, Fahey T, Smith SM. Managing patients with multimorbidity in primary care. Bmj. 2015;350:h176.

8 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.

Para ello el profesional que atiende a la persona debe realizar el control y seguimiento de todas las condiciones crónicas diagnosticadas, utilizando elementos de la entrevista motivacional para definir el plan de cuidados y sus prioridades.

Esto es relevante en la adherencia al tratamiento y controles, mejor manejo de los fármacos, mejor compensación de sus enfermedades, así como también optimizar el recurso humano y aportar a una mayor satisfacción, entre otros. Por ejemplo, una persona con HTA, DM2, artrosis e hipotiroidismo, en la atención realizada por el profesional se consideran todas estas patologías y se establece un plan de cuidados consensuado e integrado de cada una de ellas.

En el caso de presentar alguna patología de salud mental, queda a criterio del equipo de salud, si realiza el control de aquella en esta misma atención o lo cita posteriormente (dependiendo de la evolución, respuesta a tratamiento farmacológico y conocimiento del 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 diabetes.[9]

Población objetivo: Población adulta de 25 y más años con 2 o más enfermedades crónicas no transmisibles (DM2, HTA, Artrosis, Hipotiroidismo, ERA, Enfermedad de Parkinson, Epilepsia, entre otras). Priorizar el grupo de adultos mayores con multimorbilidad.

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 2 o más patologías, con el objeto de resguardar una mirada integral e integrada. Asimismo, se sugiere utilizar el control en duplas de profesionales cuando corresponda.

- Control integral de la multimorbilidad en personas con condiciones crónicas: 1 a 2 por hora

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

Concentración: – En aquellas personas con a lo menos una de las patologías de programa cardiovascular, ya sea acompañada por otra patología cardiovascular o no, se mantiene la frecuencia de controles conforme lo establecido según riesgo cardiovascular (Bajo, moderado, alto)[10]

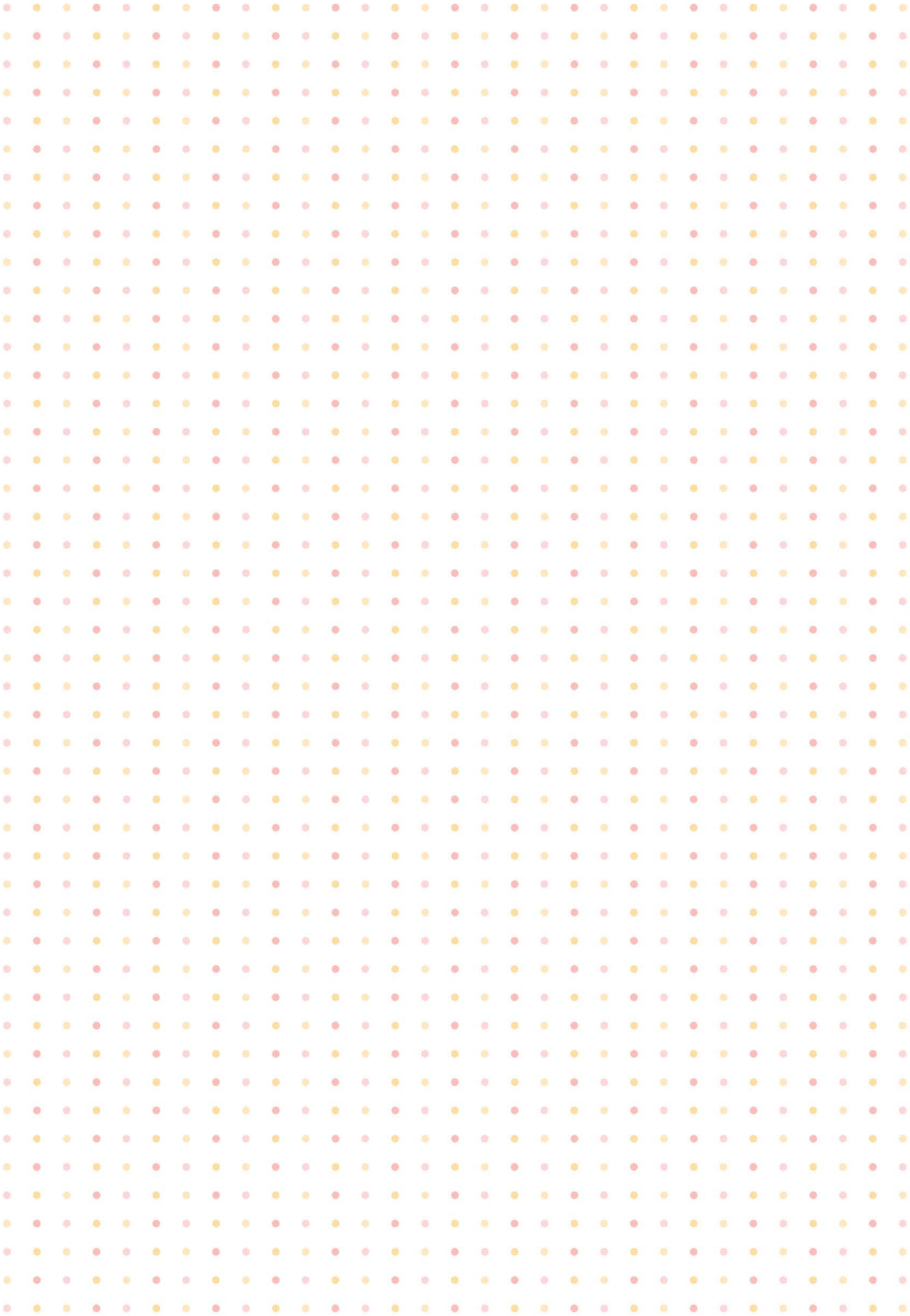
– En caso de presentar más de una patología no incorporada en programa cardiovascular se mantiene la frecuencia conforme lo indicado en dichas condiciones crónicas.

– El control de seguimiento no presencial, ya sea telefónico, mensajería u otro también debe darse en este marco. Un buen recurso en estas estrategias es el TENS quien integra el cuidado en la persona y está más cerca de sus necesidades expresadas.

Registro: El registro en REM se mantiene conforme lo indicado para cada una de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Evaluación: se recomienda que el encargado en el centro de salud del Adulto y adulto mayor realice en forma periódica auditoria de fichas, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos de esta prestación.

10 Orientación técnica programa salud cardiovascular. Ministerio de Salud 2017. pp50

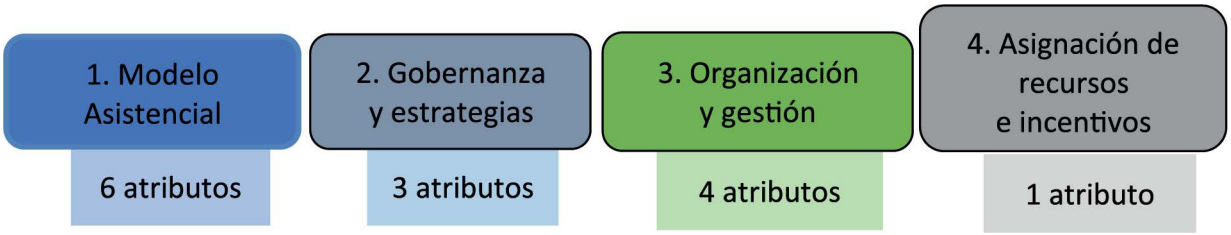


CAPITULO II. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)[11][12]

Las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), son una iniciativa de la OPS que tienen como propósito, contribuir al desarrollo de Sistemas de Salud Basados en la APS, y, por ende, a la prestación de servicios de salud más accesible, equitativa, eficiente, de mejor calidad técnica y que satisfagan mejor las expectativas de los ciudadanos.

La metodología 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



La OMS (2015) 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."

11 Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (2007). La 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. Washington, D.C.: OPS.

12 Minsal, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Informe de implementación estrategia de redes integradas de servicios de salud (RISS)

¿Porque trabajar en RISS?

La OPS establece que uno de los principales desafíos de los Modelos de salud de la región es superar la FRAGMENTACION, que se refleja en los siguientes aspectos[13].

Ilustración 5. Desafíos del trabajo en RISS

13 Orientación técnica compromisos de gestión en RISS. 2018

Los desafíos para el desarrollo del modelo de redes integradas de servicios de salud en Chile

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 resolutividad al perfil de salud y de daño que presenta la población actualmente.

Desarrollar una **gestión que esté basada en la capacidad protectora y resolutiva** 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 trabajan en equipo y que reconocen la relevancia del trabajo intersectorial, que establecer áreas de protección para población en riesgo.

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

Centrar la atención en las personas, lograr continuidad de los cuidados en salud, anticiparse al daño y priorizar a las personas y grupos vulnerables de la sociedad, 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 oportuna.

Los Servicios Integrados de Salud son, por tanto: *"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 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

A continuación, algunos elementos relevantes de la RISS.

La acción de los mismos, se desarrolla a través de una serie de actividades, cuya responsabilidad recae en los diferentes establecimientos que conforman la red asistencial de su territorio. Uno de los principales desafíos para lograr los objetivos de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud, es la efectiva coordinación de los diferentes equipos de trabajo.

Las redes integradas de Servicios de Salud (RISS) están definidas como:

"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 (OPS, 2010)".

La definición anterior, impone la necesidad de 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. Otros elementos que dan cuenta de esa fragmentación son:

- Segmentación institucional del sistema de salud;
- Predominio de programas focalizados en enfermedades,
- Riesgos y poblaciones específicas (programas verticales) que no están integrados al sistema de salud; separación extrema de los servicios de salud pública de los servicios de atención a las personas; modelo de atención centrado en la enfermedad, el cuidado de episodios agudos y la atención hospitalaria;
- Debilidad de la capacidad rectora de la autoridad sanitaria;
- Problemas en la cantidad, calidad y distribución de los recursos.
- Trabajo intersectorial escaso y sin permanencia en el tiempo.

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, derivada de la dependencia administrativa, 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.

Para profundizar en las RISS revisar OPS Redes Integradas de Servicios de Salud. Serie No4 La renovación de la salud en las Américas. 2010

2.1 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 súpervigilancia 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 estos 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.

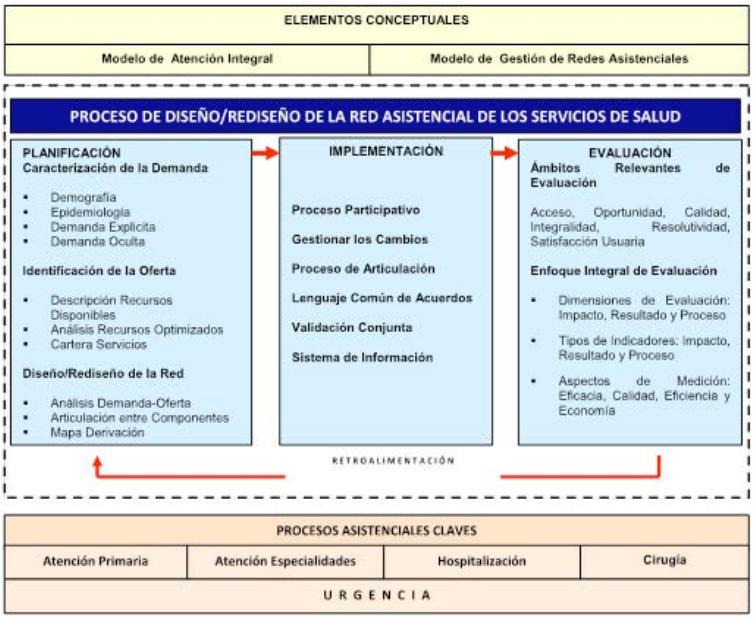
2.2 PROCESO DE DISEÑO DE LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD

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.

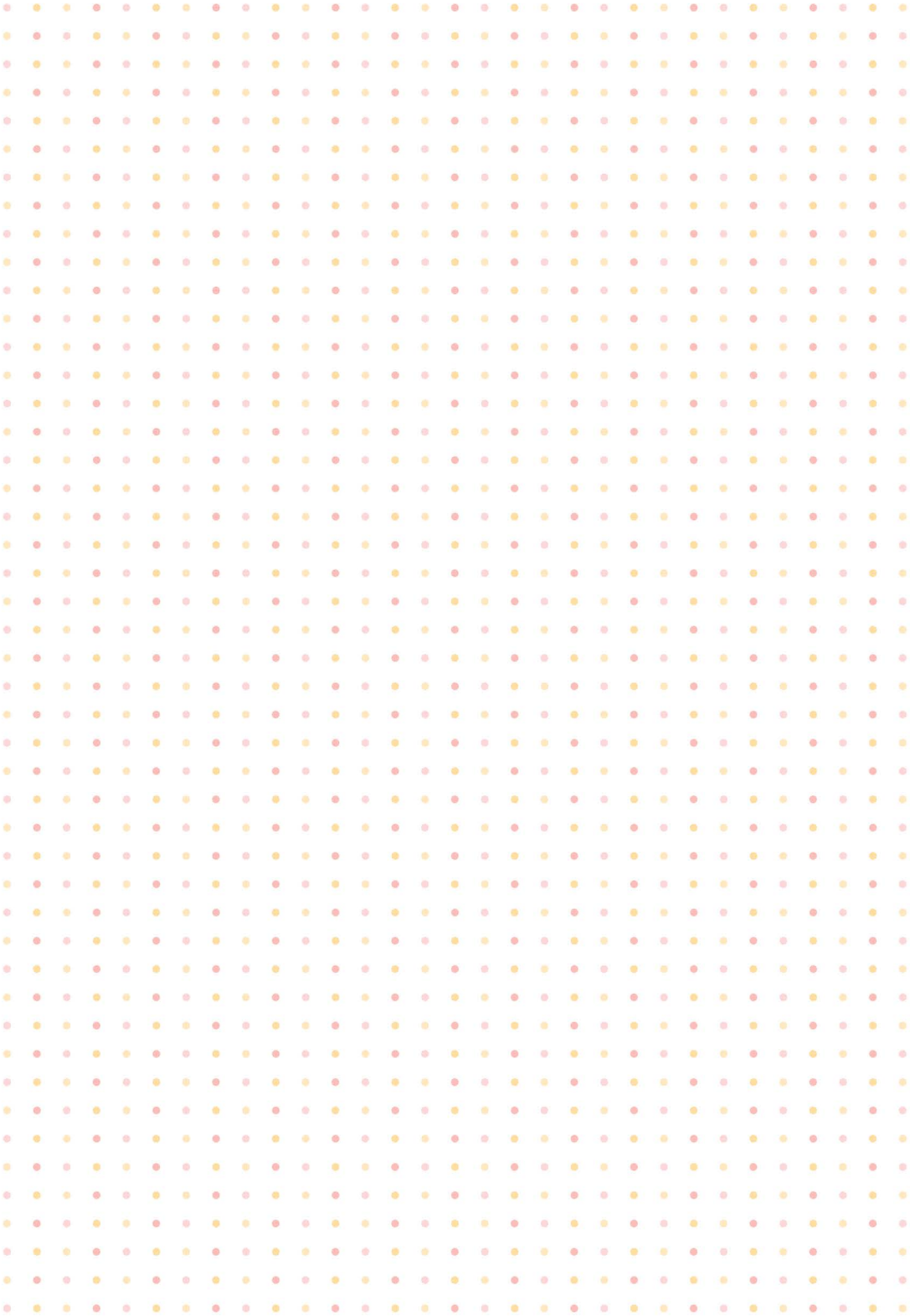
La metodología utilizada para el Diseño de la Red, plantea el desarrollo de tres etapas: Planificación, Implementación y Evaluación. Estas etapas están en un proceso continuo y se retroalimentan entre sí, permitiendo asegurar la organización de los procesos asistenciales claves de atención primaria, 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



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.



CAPITULO III. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN

3.1 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 ejecución[14].

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).

3.2 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:

14 Para profundizar en las RISS revisar OPS Redes Integradas de Servicios de Salud. Serie No4 La renovación de la salud en las Américas. 2010

- 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:

- 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 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.

Planificar facilita la toma de decisiones: El hecho de planificar está orientado a mejorar y hacer más sencilla la tarea de tomar decisiones:

- Para eso, la planificación debe escalar más allá de un proceso intelectual analítico de medición de la realidad...
- ... su carácter práctico, orientado a la acción y, en última instancia, a la transformación de la realidad en un plazo definido es lo que permite que sea una herramienta a la hora 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.

Reducir la incertidumbre: La planificación realiza un ejercicio de prospectiva para anticipar los cambios en 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 requiere procesos de reajuste y revisión constante: 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.

Participación e implicación: Probablemente la referencia no es al concepto de participación que todos tienen en mente (comunitaria), sino 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.

Es importante que la Planificación sea un Proceso a la medida: Cuando planifique, hágalo ajustándose a su contexto y realidad local. A pesar de que en la planificación y en la gestión existen un sin número de herramientas para apoyarlo (matriz marco lógico, balanced 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 8: Resumen de Planificación Estratégica

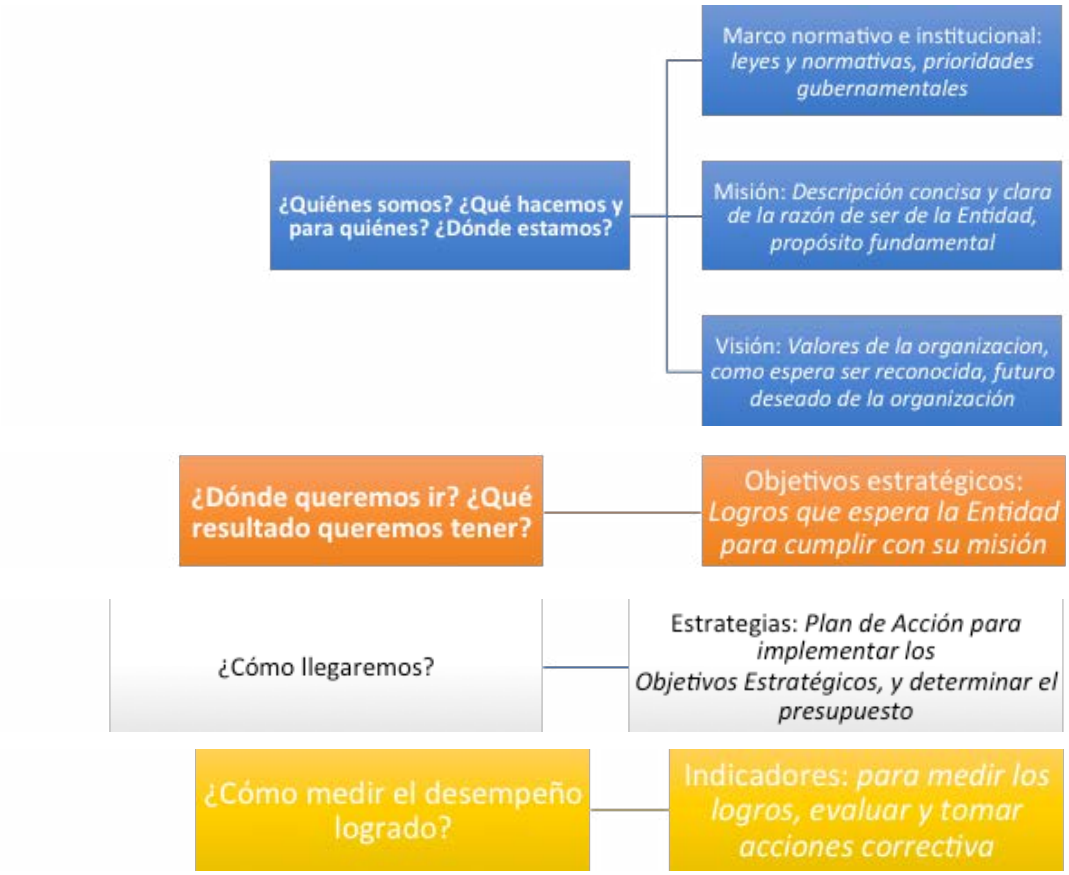
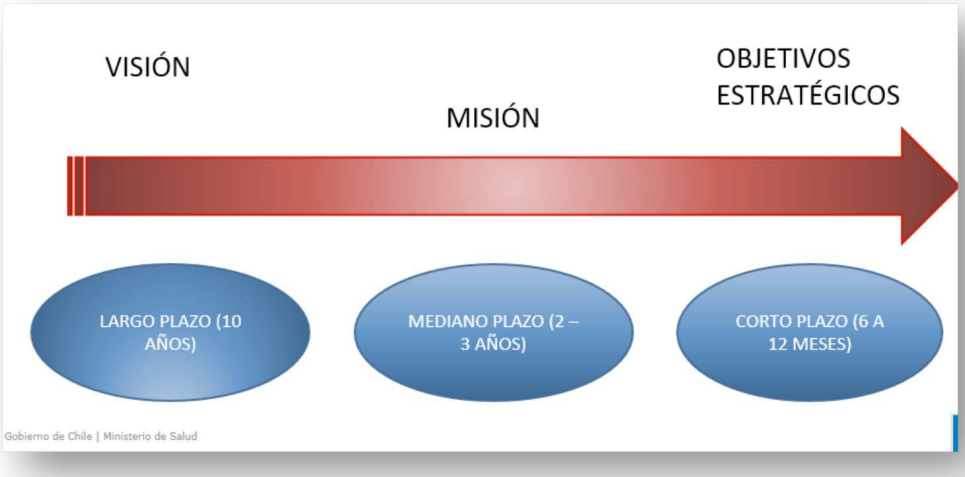


Ilustración 9: relación temporal de Visión, Misión y Objetivos Estratégicos



3.3 FASES DE LA PLANIFICACIÓN

3.3.1 Diagnóstico

Ilustración 10: Elementos del diagnóstico Integral

- **Diagnóstico sanitario**
- Caracterización de la red asistencial: hospitales de referencia, postas rurales, CECOSF, CESFAM, centros comunales de salud, protocolos de derivación, tiempos de latencia 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, resolutividad, 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 (susceptibilidad)
  - Distribución Geográfica (ruralidad, dispersión, etc.)
  - Población migrante
  - Medioambiente

  Medio Cultural:
  - 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.

Medio Natural:

- Clima
- Naturaleza
- Situación Geográfica

Sector Salud

- Política de Salud
- Organización de la red asistencial, identificar los flujos de derivación etc.
- Recursos Materiales, Financieros, 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 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 técnica 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.

3.3.2. 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: o 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 procese de levantamiento de propuestas de solución a los problemas identificados y priorizados conjuntamente

3.3.3. 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:

Ilustración 11: Ejemplo de panel de indicadores para medición de calidad en los sistemas de salud (Donabedian, 1960)

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):

- Metas sanitarias 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

3.4 PLAN DE SALUD COMUNAL

Como ya fue mencionado anteriormente, el 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 lll

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.

CATEGORIA	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).

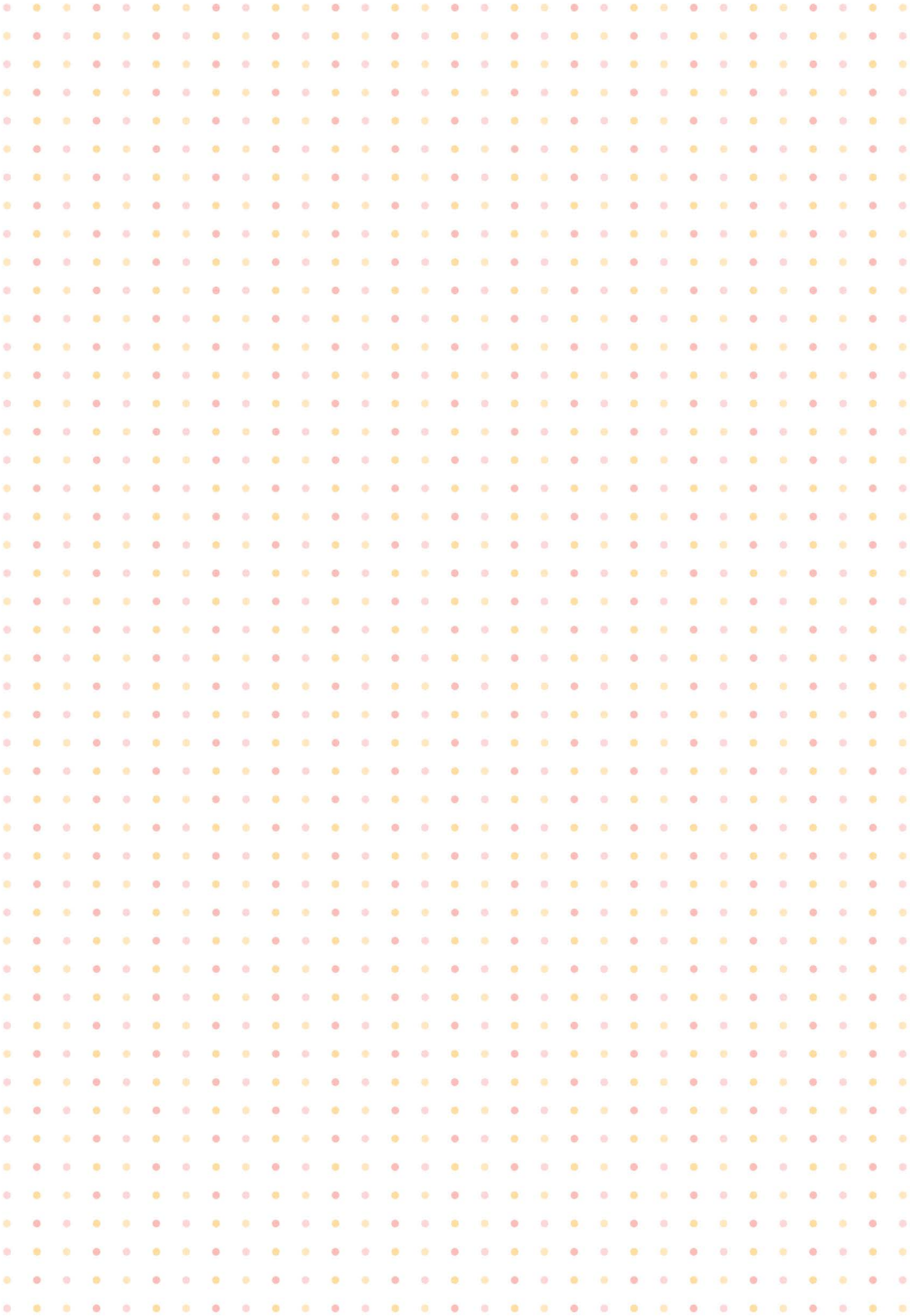
e) Propuesta plan de trabajo: "Proceso Programático". A abordar en el siguiente capítulo

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

Ilustración 12: principales hitos de los contenidos del PSC según ley 19.378

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

*** Revisar planilla programa anual de capacitación**



CAPITULO IV. PROCESO PROGRAMÁTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

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 13: Diferencia entre planificación y programación operativa

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

4.1. 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 patología crónica por grupo de edad.
- Estimación de controles de salud y de crónicos 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

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

4.2 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
Morbilidad odontológica adulto, adulto mayor	20%	1	3-4
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
Control integral de la Multimorbilidad en ENTs	100% adulto mayor con multimorbilidad	Conforme lo establecido en programa[15-16]	1-2
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
Consulta Tratamiento Odontológico	Grupos priorizados	Diferenciar preventivo o integral, según grupo etario (ceo=0) y observado año anterior.	2-3
Urgencia Odontológica	3%	1	3-4
Consejería familiar	20% familias en riesgo	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

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
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.	6-8	1,5-2

* De acuerdo a la prevalencia observada y al riesgo

4.3. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN EN ATENCION PRIMARIA [15]

4.3.1. 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.

4.3.2. 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

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

- Consultas o controles (Medicina, Enfermería, Nutrición, Psicología, Social, Odontológica, Regulación de la Fertilidad, 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 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.

e) 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)
- 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.

f) 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.

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 (Medico, Enfermera u otro), como recurso alterno, como recurso simultaneo, 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.

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.

4.3.3. 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.
- Adaptado a partir de "Proceso de Programación. Apuntes docentes Escuela de Salud Pública – Universidad de Chile". Prof. Lic.Enf. Pilar González et al. 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.

4.3.4. Matriz de programación de las actividades.

Ilustración 14: Ejemplo de Matriz Básica de Programación

Actividad CICLO VITAL INFANTIL	Grupo Objetivo	Población atender	Cobertura	Concentración	Nº Actividades	Rendimiento	Médico			Matrona		
							%	N° act.	N° hrs.	%	N° act	N° 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			

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.

4.3.5. Programación 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, la intervención psicosocial grupal, 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.

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	Profesionales que pueden realizar la prestación
Consulta de Salud Mental	Tratamiento	Individual	Ingreso por equipo, controles, evaluaciones de egreso, seguimiento	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.

4.3.6. Estimación de la Demanda[16]

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 programas los recursos para abordarlas, se realiza una estimación de la demanda.

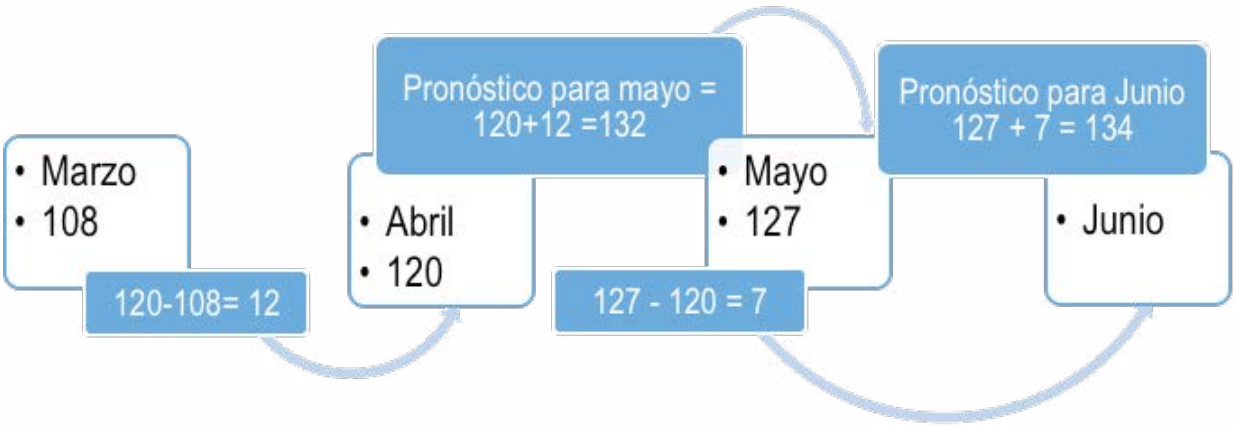
Para esto es importante considerar elementos relacionados con los datos.
Series de tiempo: son utilizados para pronósticos a corto plazo. Una serie de tiempo corresponde a una lista de datos recogidos en el tiempo, y se basa en la suposición de que la historia predice el futuro de modo razonable. Es 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 (abril) + 12 (incremento de marzo a abril)) = 132 atenciones.

16 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/

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



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

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

Donde:

Dti = 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:

a) 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.

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

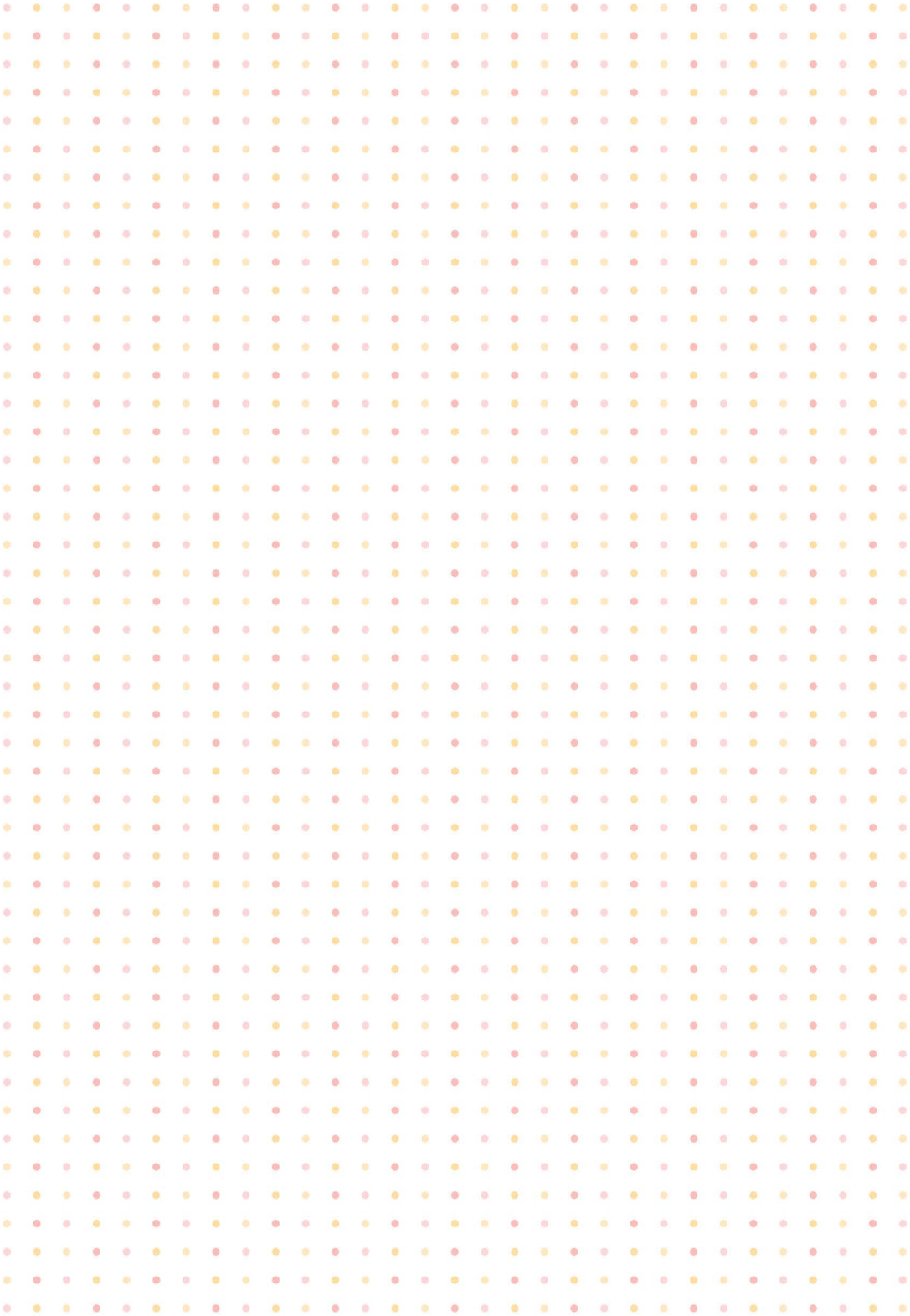
b) Si el uso real de la sala ERA en la semana 11 correspondió a 15 horas, obtener el promedio móvil de 5 semanas para la semana 12.

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

Revisar capsula de programación operativa en APS, en el siguiente link http://capsulasautogestionadas.uvirtual.cl/course/view.php?id=88

La programación en Atención primaria como herramienta de gestión

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 programacion 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.



CAPITULO V. 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 resolutiva 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, resolutiva 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 resolutiva 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 un paciente derivada de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva 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.

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 construidos en conjunto considerando las carteras y la capacidad resolutiva de los distintos establecimientos y dispositivos de la RED.
Deben ser el resultado de un "Acuerdo de RED" para dar la respuesta más resolutiva 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 resolutividad.

5.1. 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

5.1.1. Experiencia de Programación en red: Avances de proyecto EQUITY II-red asistencial Servicio de Salud Metropolitano Norte[17]

Proceso Diseño y planificación participativa de intervenciones para la mejora en la coordinación asistencial

Antecedentes del Proyecto El proyecto EQUITY LA II es una investigación multicéntrica financiado con fondos europeos (Framework programme FP7 de la Comisión Europea). En Chile, el proyecto es 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 el Complejo Hospitalario San José y 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"** tiene como objetivo

17 Autores de este apartado: Mauricio Araya – Dpto. Salud Comunal Independencia, Giovanna Rojas – Dpto. Salud Comunal Huechuraba, María Eugenia Chadwick – Dpto. Salud Comunal Recoleta, Ligia Allel-Servicio de Salud Metropolitano Norte, Patricia Espejo- Complejo Hospitalario San José, Isabel Abarca – Instituto Nacional del Cáncer, Pamela Eguiguren – Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, U. de Chile.

"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"[18].

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 del proceso y toma de decisiones. En este contexto, se identificaron dos intervenciones factibles de implementar para contribuir a la resolución de problemas identificados en la línea de base del Estudio y priorizados para ser intervenidos:

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

En las orientaciones técnicas para la planificación y programación en Red de 2018 se describieron ambas intervenciones. El proyecto hoy se encuentra en su fase final, donde ya existen resultados de la efectividad de las intervenciones y del proceso de investigaciónacción desarrollado. En esta síntesis se pretende actualizar el avance y diversificación de las Consultorías Virtuales, (para visitas inter-niveles ver orientaciones 2018) que ha tenido lugar durante 2018, como también adelantar de un modo general, algunos resultados para la red intervenida.

Videoconferencias y Consultorías Virtuales:
A partir de la evaluación realizada en 2017 y en el marco de la dinámica de trabajo colaborativo, actualmente se realizan dos tipos de actividad virtual entre niveles, que funcionan de forma complementaria:

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 visiones desde APS, debatiéndose en cada oportunidad aspectos

18 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

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). Desde marzo a agosto 2018, se han realizado 12 videoconferencias con la participación de 10 especialidades.

b) Consultorías Virtuales:

A partir de 2018 se introdujo 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 cada 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. Desde abril a agosto se han realizado 20 consultorías virtuales con la participación periódica de 7 especialidades (Broncopulmonar, Diabetes, Cirugía, Cardiología, Neurología, Urología, Geriatría).

Actualmente a esta modalidad de comunicación virtual se han incorporado el Instituto Nacional del Cáncer y el Hospital Roberto del Río. En el primer caso se ha explorado la revisión de criterios de derivación de pacientes prioritarios para procedimientos endoscópicos y en el segundo caso, para la preparación y validación de protocolos de referencia y contra-referencia. Se utiliza la misma plataforma donde hay espacios de comunicación virtual diferenciados, pero con los mismos usuarios.

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, así como horas adicionales para profesionales que preparan y revisan los casos y/o material que serán presentados, finalmente también para el espacio de seguimiento y evaluación de las actividades. 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.*

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.

Cabe consignar que para la implementación de las consultorías virtuales en SSMN, se ha mantenido una mesa de trabajo permanente con representantes de APS (comunas participantes), Hospital, Gestor de red y Universidad, abocada a los temas de comunicación internivel (CCL), que se sugiere sea un espacio existente al replicar la experiencia.

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. La identificación del potencial de esta actividad, comentado ya en 2018, se ha constatado en la experiencia actual con su expansión y diversificación. Posibles temáticas son:

- Gestión de Demanda y abordaje de casos entre triadores de nivel primario (contralores médicos) y contralores de especialidad (mejorando así la pertinencia en la derivación)
- Consultoría virtual para manejo de lista de espera excesivamente prolongada (revisión conjunta de casos de pacientes en espera y priorizar derivaciones o reevaluaciones 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
- 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:

<table>
<tr><th>Tipo y/o fines de la Consultoría Virtual</th><th>Consideraciones para la programación / Participantes</th><th>Recurso Humano necesario a considerar en programación Nivel Primario</th><th>Recurso Humano necesario a considerar en programación Nivel Especialidad</th></tr>
<tr><td>Revisión de Casos Clínicos</td><td>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)</td><td colspan="2">En función de las temáticas definir perfil.
Rendimiento 0.5 Hrs por sesión (2 horas) más tiempo de preparación de casos para clínicos de ambos niveles.</td></tr>
<tr><td>Gestión de Demanda y abordaje de casos derivados entre niveles (abordaje de pertinencia en la derivación, reforzamiento y seguimiento de protocolos, revisión de casos en espera prolongada)</td><td>Participación de médico/a contralor del nivel de referencia y nivel resolutor

Identificación y preparación de los casos que ameritan revisión

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)</td><td>Médico/a triador o contralor por centro. Tiempos según número de especialidades programadas (debería participar de todas)

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</td><td>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</td></tr>
<tr><td colspan="2">Construcción conjunta de protocolos a partir de problemáticas identificadas en consultorías virtuales o presenciales previas</td><td colspan="2" rowspan="2">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</td></tr>
<tr><td colspan="2">Capacitación en temas clínicos y/o administrativos</td></tr>
</table>

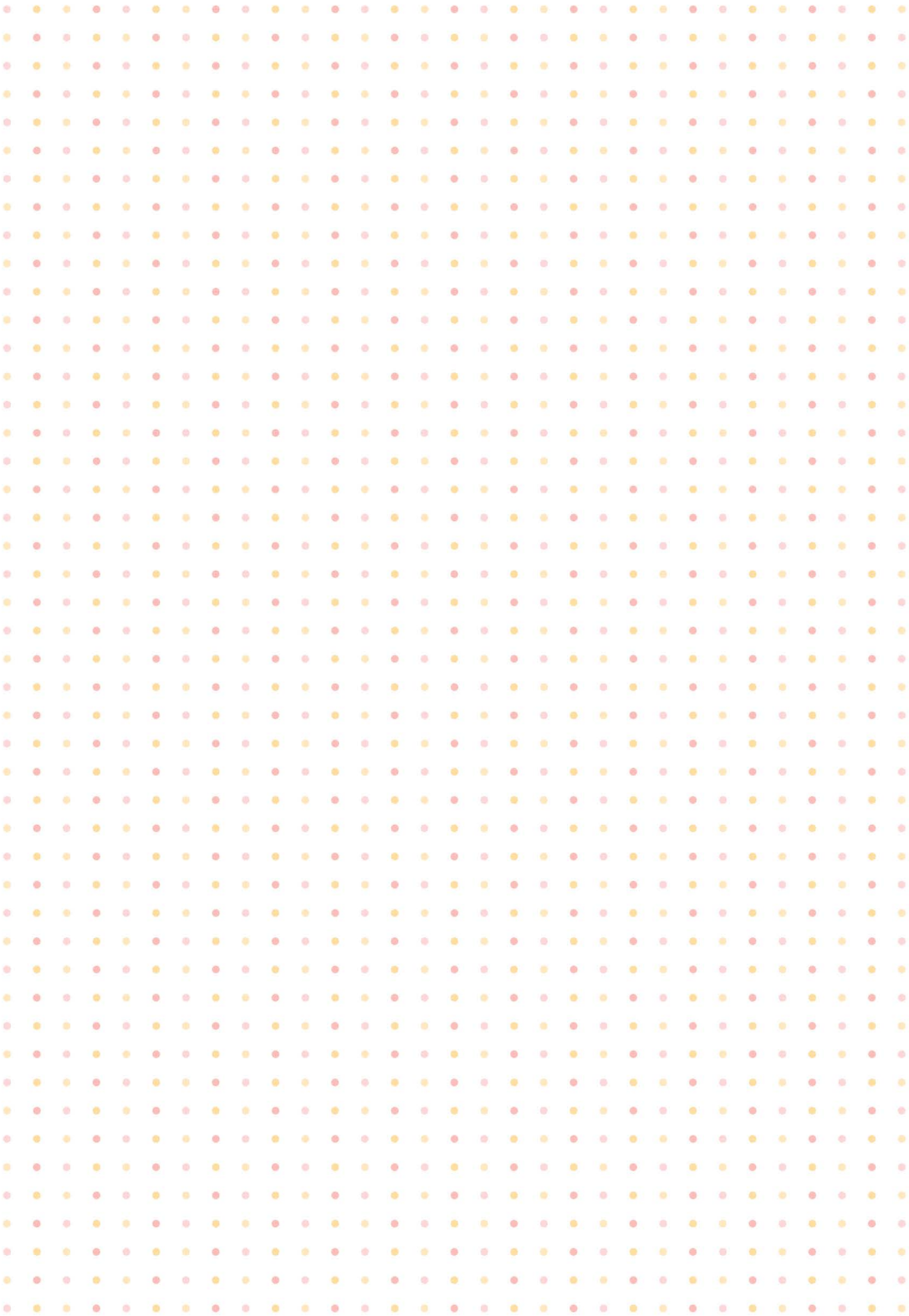
Consideraciones desde la evaluación de efectividad de las intervenciones en la Red del SSMN:

- En el marco global de la experiencia de investigación acción participativa los resultados apuntan a la relevancia del método participativo para el éxito de las intervenciones.
- El levantamiento de línea de base se considera 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.

- El comparativo de las mediciones de 2015 frente a 2017 muestran avances sustanciales en la comunicación y conocimiento entre los médicos y equipos de ambos niveles, como también en el conocimiento y uso de mecanismos de coordinación, como la contrareferencia.
- 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.

Comentarios finales

Esta síntesis, nuevamente 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 han dados pasos importantes consolidando la institucionalización de Videoconferencias y Consultorías Virtuales y se ha seguido fortaleciendo 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.



CAPITULO VI. PROGRAMACIÓN EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

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

La programación de la demanda del nivel secundario si bien debe considerar los aspectos demográficos y epidemiológicos de la población a cargo, ésta se realiza con cálculos indirectos a través de la demanda explicita.

La **Demanda de Consulta de Especialidad** se calculará con la sumatoria de:

1.– La demanda del propio nivel secundario: El requerimiento de Consulta o controles de la Población Bajo control de cada especialidad: Es necesario conocer al menos las 10 patologías más frecuentes de cada especialidad y multiplicar por la concentración de controles recomendados al año, se extrapola a la totalidad de la población bajo control (PBC

2.– La demanda de la lista de espera: La demanda generada por los pacientes en lista de espera de la especialidad a los que se les aplicará la misma concentración de controles por patología y número de pacientes en espera.

3.– La demanda de programas de crónicos: La demanda de los programas de crónicos en atención primaria que requieren de atención en las especialidades, por ejemplo, Programa Cardiovascular. Considerando las concentraciones de consultas médicas y de otros profesionales de acuerdo a la normativa vigente o recomendaciones del programa.

4.– La demanda para los casos GES (garantías explicitas de salud) y Ley 20.850. De acuerdo al histórico y la proyección anual de casos GES para cada especialidad y de acuerdo a la concentración de controles anuales definidos por el protocolo GES correspondiente.

La ley 20.850 (Ley Ricarte Soto). Debe considerarse la demanda de acuerdo al tipo y número de beneficiarios de la Ley 20.850 y la proyección anual realizada. Se considerará la programación de las prestaciones expresadas en los protocolos de acuerdo a qué tipo de prestador es el centro a programar, según sea centro prestador aprobado para confirmación, tratamiento o seguimiento.

La sumatoria de las cuatro demandas anteriores dará la demanda total de consultas por especialidad.

En la **Atención ambulatoria**, la consulta es la prestación índice, a partir de la cual, de acuerdo a la totalidad de consultas por especialidad y aplicando coeficientes técnicos, se realizará el cálculo del número de otras prestaciones requeridas: procedimientos, cirugías y atenciones de otros profesionales.

Recibe el nombre de **Coeficiente Técnico** a la proporcionalidad en que se combinan las prestaciones para dar respuesta a un problema de salud. Algunos ejemplos de Coeficientes técnicos en la Atención Ambulatoria a aplicar son:

- Números de Controles por cada consulta nueva.
- Número de Altas por cada consulta nueva
- Número de Procedimientos por cada consulta nueva.
- Número de Cirugías ambulatorias por cada consulta nueva.

En el caso de la **Atención Cerrada** la prestación índice es el producto final de la hospitalización, es decir el Egreso.
Algunos ejemplos de Coeficientes técnicos a aplicar en la Atención Cerrada son:

- Nº Promedio de días cama por cada egreso.
- Nº Promedio de días UCI por cada egreso.
- Nº Promedio de días UTI por cada egreso.
- Nº de Procedimientos hospitalarios por cada egreso.
- Nº de Cirugías hospitalarias por cada egreso.
- Nº de Exámenes de Laboratorio por cada egreso.
- Nº de Exámenes de Imagenología por cada egreso.

Con el cálculo total de demanda se podrá realizar el cálculo del Recurso Humano, equipamiento e insumos necesarios para cada una de las prestaciones calculadas.

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

DEFINICIÓN:

La Programación de la oferta profesional es 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, en este proceso deben aplicarse ciertos criterios técnicos y administrativos previamente definidos por la jefatura y el equipo directivo para dar respuesta a las necesidades de los beneficiarios y mantener la concordancia con los lineamientos y normativa Ministerial.

OBJETIVOS DE LA PROGRAMACIÓN:

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 del establecimiento en su rol de prestador y oferta para la Red.

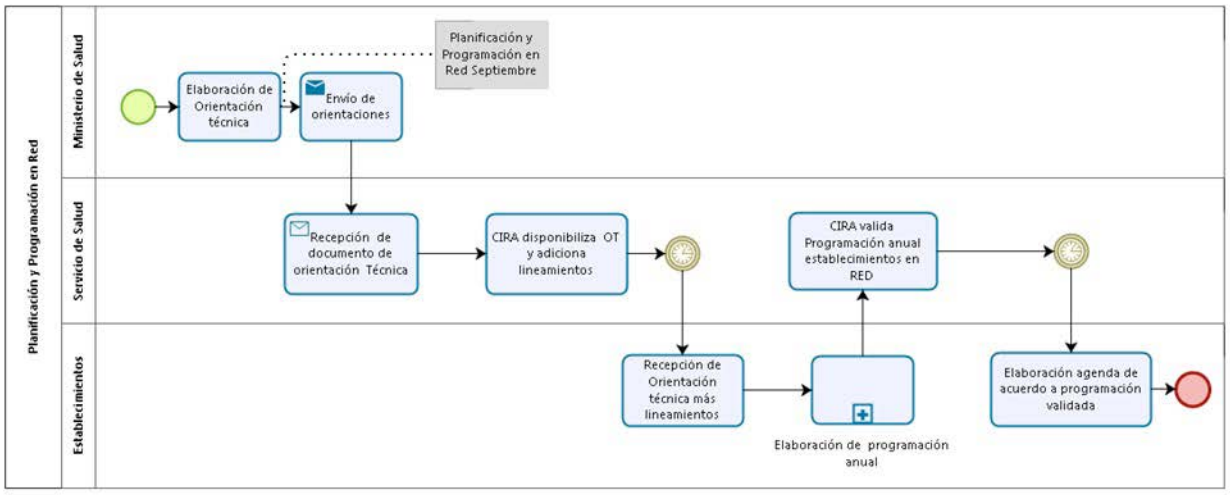
PROCESO DE PROGRAMACIÓN:

El Proceso de Programación se inicia en septiembre de cada año con la recepción en los Servicios de Salud de las Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en Red enviadas desde el Ministerio de Salud.

Estas orientaciones deben ser difundidas a la totalidad de establecimientos de cada Servicio de Salud, donde la responsabilidad de la difusión recae en el Director de Servicio, quien debe entregar los lineamientos para el proceso de Programación de toda la Red a su cargo, considerando la capacidad resolutiva y complementariedad de carteras de servicios de los establecimientos que permitan la resolución de los problemas de salud de la población a su cargo.

Cada establecimiento trabajará en su programación según las Orientaciones y lineamentos entregados por el Gestor de Red, que será presentada en el Consejo integrador de la Red Asistencial (CIRA) a más tardar en octubre del mismo año. Es así que dicha programación quedará validada por el Gestor y el Consejo integrador de la Red.

Ilustración 15. Proceso de Programación



RESPONSABILIDAD DEL PROCESO:

En los establecimientos de nivel secundario y terciario la responsabilidad de la programación anual recae en distintos actores:

1. Responsable final de la programación: Director del establecimiento.
2. Responsable de la gestión en el proceso de programación: Subdirector Médico.
3. Responsable operativo de la programación en cada especialidad o estamento: Jefe de Atención Ambulatoria, Jefe de Servicio de la especialidad o de las distintas Unidades de Gestión, según corresponda de acuerdo a la organización del establecimiento.
4. Otros involucrados en el proceso: Jefatura Recursos Humanos, Jefatura de Admisión y Jefatura de Control de Gestión o sus equivalentes.

El Subdirector Médico convocará a todos los Jefes de Servicio y Jefaturas Médicas y de los otros profesionales a una Reunión de programación donde se les entregará las Orientaciones Ministeriales y lineamientos de la Red y las propias del establecimiento.

Insumos requeridos para esta reunión son:

- Contar con la información actualizada del 100% de las horas contratadas de todos los profesionales contratados para el periodo, en el caso de profesionales médicos especialistas deben incluirse también los profesionales Liberados de Guardia y profesionales en Proceso Asistencial Obligatorio (PAO). En el caso de profesionales no médicos, contar con la totalidad de contratados por Servicio o Unidad.
- Horas identificadas a asignar a Telemedicina.
- Lista de Espera de cada Especialidad.
- Garantías GES programadas y/o estimadas para cada especialidad.
- Prestaciones Valoradas y Prestaciones Institucionales programadas para el año por especialidad
- Evaluación del cumplimiento de la programación anual del año anterior.
- Formato estándar de programación (Documento de Orientaciones Programación Minsal)

Deben ser considerados todos los profesionales del Servicio, Unidad o Estamento, incluyendo a todas las modalidades de contrato (solo se excluyen los profesionales con contratos honorarios menores de 3 meses).

Cada Jefe de Servicio, Unidad o Estamento se reunirá con su equipo de trabajo y realizará la programación general y posteriormente la programación individual de cada médico especialista y profesional contratado, cada profesional deberá tomar conocimiento de su programación anual, la que se traduce en la producción esperada para ese profesional para el año programado.
Esta programación deberá ser validada posteriormente por la Subdirección Médica y su equipo directivo asesor. 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, y en programación de atención cerrada con programación de pabellones, procedimientos y otros.

La producción de las actividades programadas deberá ser registrada diariamente por el profesional que ejecuta la actividad, éste registro será consolidado por la Unidad de Estadística del establecimiento, con lo que se obtendrá la producción mensual que deberá ser monitorizada e informada a los referentes (Subdirector Médico, Jefes de Servicio, Jefe de Unidad de Control de Gestión) con la finalidad de realizar los ajustes preventivos necesarios para obtener el cumplimiento comprometido.

Trimestralmente deberá realizarse una reunión con los equipos clínicos para informar 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 por cada uno de los profesionales y por la especialidad a la que pertenecen.

Se requiere la implementación de estrategias según cada realidad local, para asegurar el fiel cumplimiento de la agenda, entre ellas considerar estrategias tendientes a mejorar la contactabilidad disminuyendo las inasistencias que generan pérdidas de las horas ofertadas, como por ejemplo la confirmación de la asistencia del paciente a través de sistema de llamado previo y reposición del cupo con otro paciente cuando el cupo no sea confirmado.

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

PROGRAMACIÓN OPERATIVA:

El proceso operativo de la programación requiere algunas consideraciones generales, que incluye también un marco normativo.

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:

3 días al semestre (acumulables) para perfeccionamiento o capacitación, que pueden ser postergados por la autoridad por razones de buen servicio.

DEL PROCESO DE PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL:

Para cada profesional primero se realizará una programación de actividades semanal, que será la base para su programación anual. Se realizará la distribución de horas semanales por actividades Clínicas y No Clínicas.

Esta asignación de horas semanales por actividad será multiplicada por el rendimiento definido para ésta, dando como resultado el número de actividades semanales por cada tipo de prestación para ese profesional.

Con 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 se restarán además los feriados legales según antigüedad del funcionario, los días administrativos y de capacitación.

Se multiplicará la actividad semanal programada por las semanas calculadas efectivas para cada profesional.

La sumatoria de las actividades de la totalidad de los profesionales de una especialidad o estamento, mostrará la oferta total institucional para esa especialidad que también será insumo para el cálculo de la brecha.

A continuación, se presentan dos formatos estándar para programación, el primer formulario para la programación semanal de las actividades del Profesional y el segundo donde se realizan los ajustes para la programación anual con los descuentos correspondientes.

Ilustración 16. Formato para Programación Semanal

PROGRAMACIÓN SEMANAL																			
DISTRIBUCIÓN SEMANAL DE ACTIVIDADES CLÍNICAS Y ADMINISTRATIVAS POR PROFESIONAL								CONSULTAS				PROCEDIMIENTOS (Diferenciado por tipo de procedimiento)				CIRUGIAS (Diferenciado por tipo de Cirugía)			
Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Ley	Especialidad o Programa	Observaciones	Hrs Semanales Contratadas	Hrs Semanales Programadas	% hrs.	Hrs /semana	Rendimiento	Nº Pacientes Semanales	% hrs.	Hrs /semana	Rendimiento	Nº Pacientes Semanales	% hrs.	Hrs /semana	Rendimiento	Nº Pacientes Semanales

Nota: En el caso de profesionales médicos especialistas Liberados de Guardia y en proceso asistencial obligatorio (PAO), deben detallarse en columna observaciones.

Ilustración 17. Formato para la Programación Anual

PROGRAMACIÓN ANUAL DE ACTIVIDADES POR PROFESIONAL						Vacaciones	Días de Permisos Administrativos	Dias de Congreso o Capacitación	Total días no trabajados		Consultas		Procedimientos (Diferenciado por tipo de procedimiento)		Cirugías (Diferenciado por tipo de Cirugía)	
Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno	Ley	Especialidad o Programa	Observaciones	Días Anuales	Dias Anuales	Dias Anuales	En Dias Anuales	En Semanas Anuales	Nº Consultas Anuales	Nº Consultas Anuales descontando dias FL, Cap y PA	Nº Procedimientos Anuales	Nº Procedimientos anuales descontando dias FL, Cap y PA	Nº Cirugías Anuales	Nº Cirugías Anuales descontando dias FL, Cap y PA
TOTAL																

6.2.1. Criterios técnicos para la programación de atención abierta.

6.2.1.1 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.

B. Actividades No clínicas:

Actividades no relacionadas con la atención 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.

Revisar en anexo glosario de actividades clínicas de especialidad

6.2.1.2 RENDIMIENTOS EN ATENCIÓN AMBULATORIA.

Al momento de realizar la programación de una especialidad un aspecto importante a considerar es la definición del 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 y existiendo cierta relación con la especificidad y complejidad de la especialidad.

Las especialidades quirúrgicas si bien un porcentaje importante de su programación debe ser para la actividad quirúrgica propiamente tal, esta programación no debe superar la oferta real de pabellón para esa especialidad, con la finalidad de evitar la pérdida de horas médicas efectivas que pueden ser redireccionadas a otras actividades clínicas como consultas, procedimientos u otras.

Las especialidades médicas deben tener mayor porcentaje de horas ambulatorias, dejando sólo horas de visitas o interconsultas a la atención cerrada.

Existen algunas especialidades que son esencialmente ambulatorias como Dermatología y Cuidados Paliativos, cuyo porcentaje a atención cerrada será muy bajo.

En las siguientes tablas podemos observar la sugerencia estándar para % asignación a atención ambulatoria por especialidad:

PROFESIONALES MEDICOS ESPECIALISTAS

PORCENTAJE DE HORAS ASIGNADAS A LA ATENCION AMBULATORIA POR ESPECIALIDAD

ESPECIALIDAD MÉDICA ADULTO	SUGERENCIA ESTÁNDAR	ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA ADULTO	SUGERENCIA ESTÁNDAR
Broncopulmonar	60	Cardio cirugía	10
Cardiología	60	Cirugía Oncológica (Cabeza, cuello, mama)	30
Cuidados Paliativos	80	Cirugía Digestiva Alta	30
Dermatología	90	Cirugía Digestiva Baja (Coloproctología)	30
Diabetes	70	Cirugía General	30
Endocrinología	70	Cirugía Plástica	30
Gastroenterología	60	Cirugía Tórax	30
Geriatría	60	Cirugía Vascular	30
Infectología	50	Ginecología	60
Fisiatría	30 a 60*	Neurocirugía	30
Medicina Interna	60	Obstetricia	50
Nefrología	60	Oftalmología	60
Neurología	50	Otorrinolaringología	50
Nutrición	60	Traumatología	40
Oncohematología	60	Urología	50
Psiquiatría	60	*según prestación, ver en capítulo correspondiente	
Reumatología	70		

ESPECIALIDAD MÉDICA PEDIATRÍA	SUGERENCIA ESTÁNDAR	ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA PEDIATRÍA	SUGERENCIA ESTÁNDAR
Broncopulmonar Infantil	60	Cardio cirugía Infantil	10
Cardiología Infantil	60	Cirugía Infantil	40
Cuidados Paliativos Pediátricos	80	Cirugía Plástica Infantil	40
Diabetes Infantil	70	Neurocirugía Infantil	40
Endocrinología Infantil	70	Traumatología Infantil	40
Gastroenterología Infantil	70	Urología Infantil	40
Ginecología Infantil	70	*según prestación, ver en capítulo correspondiente	
Infectología Infantil	50		
Fisiatría	30 a 60*		
Pediatría	70		
Nefrología Infantil	60		

RENDIMIENTOS ESTANDARIZADOS:

Definido el rendimiento como el número de prestaciones realizadas en una hora cronológica, es fundamental fijar el rendimiento para cada actividad o prestación para cada especialidad. En anexo rendimientos en atención ambulatoria, se observa el rendimiento para consulta por especialidad, este rendimiento se obtiene de los promedios observados a nivel de los ambulatorios de todo el país, lo que parece ser bastante ajustado a los requerimientos técnicos.

6.2.2. Criterios técnicos para la programación de atención cerrada

A. Criterios técnicos para la programación quirúrgica:

Estándares sugeridos

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.

B. Criterios técnicos para la programación del uso del recurso cama:

Estándares sugeridos

Definición del proceso de hospitalización.

- Definiciones asociadas al recurso cama.
- Rendimiento basado en la normativa y orientaciones existentes:

a) Guías de Funcionamiento y organización de Unidades de Paciente Crítico Adulto y Pediátrico.

b) Norma Técnica Nº 150 "Clasificación según nivel de complejidad de complejidad de establecimientos hospitalarios" del 14 de junio de 2013.

c) Estándares de cama, según nivel de cuidados", señalado en el Ordinario Nº 2110 del 17 de Julio de 2012.

d) "Lineamientos de Procesos de Gestión Hospitalaria" (Ordinario N° 4489, del 30 de diciembre de 2014).

PROFESIONAL	ACTIVIDAD	DURACIÓN	RENDIMIENTO (Nº/HRS)
Médico	Nº Hr. Médica/día cama UCI	60 min	1 visita cama/hr. Médica
	Nº Hr. Médica/día cama UTI	30 min	2 visita cama/hr. Médica
	Nº Hr. Médica/día cama media	20 min	3 visita cama/hr. Médica
	Nº Hr. Médica/día cama básica	15 min	4 visita cama/hr. Médica
Enfermera	Nº Hr. Enfermera/día cama UCI	210 min	Atención Integral/Paciente
	Nº Hr. Enfermera/día cama UTI	108 min	Atención Integral/Paciente
	Nº Hr. Enfermera/día cama media	54 min	Atención Integral/Paciente
	Nº Hr. Enfermera/día cama básica	27 min	Atención Integral/Paciente

C. 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.

Dentro de las principales ventajas desde el punto de vista del usuario es la mejora en la calidad de vida del paciente a través de la atención clínica de un equipo interdisciplinario de manera integral, favoreciendo el automanejo del paciente, su bienestar psicológico, al estar en su entorno familiar, lo que además reduce riesgos de exposición a las infecciones asociadas a la atención de salud.

Desde el punto de vista de uso de los recursos, se optimiza el uso de las camas y como consecuencia se favorece la gestión de pacientes, permitiendo el egreso precoz desde los servicios clínicos.

A su vez se fortalece la integración y coordinación entre los diversos niveles asistenciales, con el entorno familiar y comunitario, lo cual impulsa el modelo de atención progresiva.

Cartera de servicios:

Desde el punto de vista clínico la estrategia se orienta principalmente al manejo de usuarios con patologías agudas o crónicas reagudizadas, clínicamente estables y susceptibles de tratar en domicilio una vez que ha terminado el plan terapéutico en el hospital y puede ser continuado en el domicilio del paciente, tales como pacientes con neumonías con requerimiento de oxígeno, insuficiencias cardiacas, usuarios de tratamientos anticoagulantes, pacientes post operados o con infecciones agudas (infección del tracto urinario, pielonefritis, entre otras) con indicaciones de tratamientos endovenosos que pueden ser tratados en el hogar.

Rendimiento:

Recursos Humanos: atención de 15 personas por 8 hrs, por día, de lunes a viernes.

44 hrs. Enfermera.
33 hrs. Médico.
44 hrs. Técnico Paramédico.
22 hrs. Asistente Social.
22 hrs. Kinesiólogo.
44 hrs. secretaria

Recursos Humanos: Atención de 15 personas por 12 hrs, por día, de lunes a lunes.

88 hrs. Enfermera
33 hrs. Médico
88 hrs. Técnico
22 hrs. Asistente Social
22 hrs. Kinesiólogo
44 hrs. secretaria

D. Criterios técnicos para la programación de unidades de toma de muestras ambulatorias

Estándares de rendimientos

- Definición del Proceso de toma de muestra venosa y arterial, en adulto y niños.
- Considerar: Horario de funcionamiento, puestos de trabajo, condiciones de toma de muestra, exámenes que requieren más de una toma de muestra.

PRESTACIÓN	RENDIMIENTO Nº/HR/ PUESTO DE TRABAJO		FUENTE
	Mínimo	Máximo	
Toma de Muestra Venosa Adulto	10	12	DEIS
Toma de Muestra Venosa Infantil	5	6	DEIS
Toma de muestra Arterial Adulto	4	6	DEIS
Toma de muestra Arterial Infantil	4	6	DEIS

E. Criterios técnicos para la programación de las unidades de imagenología:

Las imágenes médicas diagnósticas son parte indispensable del sistema de atención de salud. La OMS define al diagnóstico por imágenes como "una forma de adquirir imágenes de las estructuras y de los procesos del cuerpo y así hacerlos 'visibles' o 'accesibles' al ojo humano".
Los métodos de imágenes abarcan el uso de radiaciones ionizantes (rayos x, gammagrafía) y no ionizantes (ultrasonido, resonancia magnética).

Los siguientes rendimientos propuestos, son producto del análisis del levantamiento realizado por los profesionales de la Red de Imagenología Compleja, a través de Compromiso de Gestión N°15.

Rendimiento Médico Imagenología por Modalidad

ACTIVIDAD GENERAL	RENDIMIENTO POR HORA
Consulta Ambulatoria /Interconsulta	**3,5**
Procedimientos / Exámenes AX Diagnóstico Neuro	**0,5**
Procedimientos / Exámenes AX Intervencional Neuro	**0,3**
Procedimientos / Exámenes AX Diagnóstico Vascular Periférico	**0,4**
Procedimientos / Exámenes AX Intervencional Vascular Periférico	**0,7**
Procedimientos / Exámenes AX Intervencional Percutáneo	**0,7**
Procedimientos / Exámenes RM	**2**
Procedimientos / Exámenes TC	**2,5**
Procedimientos / Exámenes Angio TC	**2**
Procedimientos / Exámenes Ultrasonido (US)	**3**
Procedimientos / Exámenes US Doppler	**2**
Procedimientos / Exámenes US Portátil	**1,5**

Procedimientos / Exámenes US Portátil	1,5
Procedimientos / Exámenes guiados por TC	1,3
Procedimientos / Exámenes guiados por US	1,3
Procedimientos / Exámenes US Intraoperatoria	0,5
Procedimientos / Exámenes MX	4
Procedimientos / Exámenes Biopsia Estereotaxia	1,3
Procedimientos / Exámenes RX Compleja	1,4
Procedimientos / Exámenes RX Simple	6

Rendimiento Equipo Imagenología por Modalidad

ACTIVIDAD GENERAL	RENDIMIENTO POR HORA
Consulta Ambulatoria /Interconsulta	4,5
Procedimientos / Exámenes AX Diagnóstico Neuro	0,5
Procedimientos / Exámenes AX Intervencional Neuro	0,3
Procedimientos / Exámenes AX Diagnóstico Vascular Periférico	1
Procedimientos / Exámenes AX Intervencional Vascular Periférico	0,4
Procedimientos / Exámenes AX Intervencional Percutáneo	0,8
Procedimientos / Exámenes RM	1,2
Procedimientos / Exámenes TC	3,7
Procedimientos / Exámenes Angio TC	3
Procedimientos / Exámenes US	2
Procedimientos / Exámenes US Doppler	2
Procedimientos / Exámenes US Portátil	2
Procedimientos / Exámenes guiados por TC	0
Procedimientos / Exámenes guiados por US	1
Procedimientos / Exámenes US Intraoperatoria	0
Procedimientos / Exámenes MX	3,3
Procedimientos / Exámenes Biopsia Estereotaxia	1
Procedimientos / Exámenes RX Compleja	1,5
Procedimientos / Exámenes RX Simple	5
Cirugías / Pabellón	0,8

6.3. PROGRAMACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS:

6.3.1. Criterios técnicos para la programación de telemedicina.

Definiciones Técnicas[19]

Tele salud:

Es una Estrategia basada en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, en el contexto de las Redes Integradas de Servicios de Salud, y que mediante el uso de las tecnologías de información y comunicaciones, facilita la provisión de servicios a distancia desde el ámbito de la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, centrado en la persona en su contexto sociocultural y a lo largo de su curso de vida, con el propósito de mantener un óptimo estado de salud y la continuidad de cuidados de la población, mejorando así la equidad en el acceso, el ejercicio de derechos, la oportunidad y la calidad de la atención mediante sus tres componentes: **Teleeducación, Telemedicina y Teleasistencia.**

Telemedicina:

Es una estrategia que entrega prestaciones de salud a distancia con interacción entre profesionales de la salud quienes logran comunicación a través del uso de tecnologías de la información y comunicación, obteniéndose un planteamiento u orientación diagnóstica y terapéutica, que busca garantizar la equidad y oportunidad de la atención de salud a comunidades que presentan brechas de acceso, en el marco de una Red de Integrada de Servicios de Salud.
Los ámbitos de aplicación de Telemedicina corresponden a los siguientes Procesos:

- Proceso de Atención Abierta: Atención Primaria Salud – Atención Ambulatoria de Especialidades
- Proceso de Atención en Hospitalización: Atención de Hospitalización
- Proceso Atención de Urgencia: Atención en APS y Unidad Emergencia Hospitalaria
- Proceso Quirúrgico: Cirugía Mayor Ambulatoria-Cirugía de Mayor Complejidad
- Proceso Apoyo Diagnostico y Terapéutico: Procedimientos, Exámenes, Análisis muestras

19 Programa Nacional de Telesalud, Minsal 2018

a) Proceso atención abierta: atención primaria salud – atención ambulatoria de especialidades

- Teleconsulta médica morbilidad en APS
- Teleconsulta médica de especialidad, nueva y control
- Teleconsulta profesional no médico
- Teleconsultoría en Salud Mental
- Teleconsulta ambulatoria en especialidad odontológica
- Teleconsulta Multi especialidad

b) Proceso atención cerrada: proceso hospitalización

- Teleconsulta médica de especialidad a paciente hospitalizado
- Teleconsulta profesional no médico a paciente hospitalizado

c) Proceso atención de urgencia: APS-unidad de emergencia hospitalaria

- Teleconsulta médica en atención de urgencia
- Teleconsulta profesional no médico en atención de urgencia

d) Proceso quirúrgico

- Teleintervención Quirúrgica

e) Proceso apoyo diagnóstico -terapéutico

- Teleinforme
- Teleprocedimiento

Las definiciones de cada prestación se encuentran en el programa Nacional de Telesalud, que se considerará parte integrante de este documento

La Telemedicina se puede realizar en 2 modalidades:

- En tiempo real o **modo sincrónico**
- En tiempo diferido o **modo asincrónico,** o, como también se conoce, el modo de almacenar y enviar.

La **modalidad sincrónica** se basa en la interacción en tiempo real y en vivo, que permite la comunicación en directo del médico tratante u otro profesional, paciente y especialista, siendo este último quién entregará orientaciones diagnósticas y/o terapéuticas al médico tratante. Se distingue modalidad sincrónica programada y de urgencia. En esta modalidad el paciente puede o no estar presente.

Para la **modalidad sincrónica** se requiere tener establecidas agendas conjuntas y disponibilidad simultánea de los agentes que estén interviniendo en la sesión. Se utiliza el modo asincrónico en aquellos casos en los que el diagnóstico o la consulta de la información enviada no implican una situación de emergencia, y se puede diferir su consulta en minutos y horas, utilizando medios de transmisión de la información.

La **modalidad asincrónica** permite el almacenamiento y transferencia de datos e imágenes fijas (store and forward) en "diferido", los que son enviados a un profesional especialista junto a la historia clínica del paciente, para que éste emita una orientación diagnóstica y terapéutica. En esta modalidad no existe interacción personal directa entre el especialista y el paciente.

RENDIMIENTO POR HORA

ACTIVIDAD	RENDIMIENTO POR HORA
Consultas Sincrónicas	**3 a 4**
Consultas Asincrónicas	**6**
Comités por Telemedicina o consulta multiespecialidad	**3**

En el ámbito de la Oncología distinguir:

Comité Oncológico por Telemedicina: consiste en una reunión multidisciplinaria de un conjunto de especialistas, conformado entre los participantes de ambos establecimientos conectados.

El comité efectúa la valoración de casos de una patología tumoral, para facilitar la toma de decisiones en situaciones complejas al reunir en una sesión a los especialistas claves de una patología determinada.

Su objetivo principal es el asesoramiento clínico en el manejo del caso, entregando una decisión diagnóstica y/o terapéutica. En caso de participar sólo algunos especialistas o un especialista por establecimiento, la diferencia entre comité y consulta está dada por que el comité persigue dicho objetivo.

▪ **Tele consulta Oncológica:** consiste en una consulta médica donde participa un médico en cada establecimiento, siendo al menos uno de ellos especialista. Para la consulta existe un motivo de consulta particular y se define una acción asistencial específica.

CONSIDERACIONES PARA PROGRAMAR EN TELEMEDICINA

Las consultas médicas realizadas por telemedicina, deben incorporarse en la programación general del profesional, cumpliendo en total el 100% de horas contratadas. Se deberán programar las consultas de telemedicina divididas en:

▪ **Ambulatorias:** Nuevas y de control

▪ **Hospitalizados:** La validación de la programación de las consultas por telemedicina se contrastará con la siguiente información:

- Especialidades médicas que el servicio de salud informó que estaban atendiendo por telemedicina a contraparte técnica de MINSAL
- Información REM
- Información reporte mensual de actividad
- Cartera de Servicios y Mapa de Red

Se deben programar todas las prestaciones realizadas por telemedicina, de acuerdo a la Cartera de Servicios mencionada anteriormente.

Profesionales contratados exclusivamente para atender por telemedicina, los cuales deberán tener el 100% de sus horas contratadas programadas en telemedicina. Es el caso de los cargos traspasados a los servicios de salud dentro de las 33 mil horas de especialistas.

Las compras de servicios de atenciones médicas (tele dermatología u otra) se programarán de manera separada, pero siguiendo la misma metodología. Los comités o consultorías realizadas por telemedicina, de igual forma.

6.3.2. Orientación programática para rehabilitación alta y mediana complejidad

La tarea de garantizar el derecho a la salud de la población se sustenta en cuatro pilares fundamentales: la prevención, la promoción, el tratamiento y la rehabilitación. Los beneficios de la rehabilitación se extienden más allá del ámbito de la salud: puede reducir los costos de atención y facilitar la participación

en la educación y el empleo remunerado, contribuye a mantener por más tiempo la vida independiente en la población adulta mayor y a mejorar la condición de las personas con discapacidad. En suma, contribuye en forma esencial para que vivamos más y con una mejor calidad de vida.

La rehabilitación, definida por la OMS, "es un conjunto de intervenciones diseñadas para optimizar el funcionamiento y reducir la discapacidad en individuos con condiciones de salud en interacción con su entorno. El estado de salud se refiere a enfermedad (aguda o crónica), trastorno, lesión o trauma. Una condición de salud también puede incluir otras circunstancias como el embarazo, el envejecimiento, el estrés, la anomalía congénita o predisposición genética. Por lo tanto, la rehabilitación es necesaria para cualquier persona con una condición de salud que experimenta alguna forma de limitación en el funcionamiento, como en la movilidad, la visión o la cognición".

La rehabilitación en el área de la salud física enfrenta al individuo como un todo, es decir, asume que el motivo de derivación o solicitud de control es un déficit o alteración de las función corporal y diagnostica y realiza estrategias terapéuticas para ello pero, se preocupa de determinar el impacto en la actividades habituales que realizaba o que corresponden por edad, del impacto que la enfermedad ha tenido en su salud mental o si ésta tiene un rol en la génesis de ella, del impacto en el funcionamiento familiar y sus componentes, identifica las características de su entorno socioeconómico y cultural que pudieran incidir en la evolución y, si corresponde, desarrolla estrategias terapéuticas para incidir en estas áreas directamente o a través de la activación de redes internas y/o del intersector.

El desarrollo de la rehabilitación requiere fortalecer las estrategias que se implementan a nivel de atención primaria, responsable de asumir las patologías que generan la mayor demanda de atención en rehabilitación, básicamente de origen osteomuscular, crónico y agudo de baja especificidad, de prevención primaria y secundaria de condiciones eventualmente discapacitantes, de desarrollar estrategias de promoción de vida sana, de envejecimiento activo y de mejorar calidad de vida de la persona con discapacidad y del cuidador cuando coexiste una condición de dependencia. Además de participar y promover la elaboración periódica de diagnósticos participativos y contribuir en el desarrollo de comunidades más inclusivas. El equipo profesional a este nivel para enfrentar esta multiplicidad de retos hoy está conformado por un kinesiólogo y un terapeuta ocupacional quienes deben trabajar en equipo y ser capaces de desarrollar redes con los otros profesionales del centro de salud en que están insertos, con los otros nodos del Servicio de Salud y con el intersector para dar respuesta integral de rehabilitación a sus usuarios. Realizan atención directa individual y grupal, con usuarios y/o cuidadores, en el centro de salud y/o en domicilio y actividades en la comunidad.

El hospital comunitario el equipo de rehabilitación debe, además, asumir la atención del paciente hospitalizado para prevenir complicaciones secundarias, disminuir tiempos de recuperación, potenciar funcionalidad remanente, mejorar condición de alta y de reinserción a su medio familiar y social. Para

mejorar la equidad en el acceso a rehabilitación es preciso que sigamos avanzando en la instalación de Salas de Rehabilitación de Base Comunitaria en cada uno de los CESFAM y Hospitales Comunitarios del país, aumentar el número de Equipos Rurales para comunas con mayor dispersión de su población y mejorar las competencias de los profesionales que asumen estas tareas.

En líneas generales la complejidad de cada hospital y el número y estructura de sus camas es determinante en la definición de la demanda potencial en rehabilitación y el perfil de las prestaciones que requiere en este ámbito. Sin embargo, no es una línea directa y el rol específico que jugará en la red de rehabilitación del Servicio de Salud en que está inserto debe ser producto de un diagnóstico de todos los recursos de rehabilitación con que cuenta dicha red, de los desarrollos específicos en determinadas áreas del hospital y de las ventajas y limitaciones propias para su accionar en rehabilitación. Los recursos son limitados en relación a las necesidades y en su gestión debe priorizarse la atención del usuario hospitalizado con el objetivo de prevenir complicaciones secundarias, acortar tiempos de recuperación y/o mejorar resultados de las intervenciones médicas y quirúrgicas, e incidir positivamente en su condición de alta. Para ello, se considera clave instalar la rehabilitación precoz, intensiva y multidisciplinaria desde las UPC y tener estrategias que aseguren la derivación oportuna de usuarios hospitalizados en otras unidades que requieren de prestaciones de estas características.

Las intervenciones en el paciente más complejo deben considerar a su familia y/o cuidador, de tal manera de incorporarlos como actores del proceso de rehabilitación, evitar el desapego progresivo e iniciar, desde esta etapa, la preparación al alta. A la vez, en atención ambulatoria los esfuerzos se orientan a disminuir la condición de discapacidad permanente o transitoria en el usuario que forma parte de su población asignada, mejorando y/o impidiendo el deterioro en su condición física y/o psíquica, mejorando y/o impidiendo el deterioro de su condición funcional e incidiendo positivamente en las condiciones para su integración familiar y social. En los hospitales con requerimientos de mayor complejidad en rehabilitación los profesionales que conforman el equipo son: medico fisiatra, kinesiólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, sicólogo, trabajador social y enfermera. Se requiere ir cerrando brechas en recursos humanos, infraestructura y equipamiento para mejorar en oportunidad integralidad y equidad en la atención de rehabilitación.

La definición de la red de rehabilitación debe encaminarse a obtener la máxima autonomía posible en la resolución de la demanda de rehabilitación al interior de cada Servicio de Salud, definiendo responsabilidades específicas según complejidad de demanda de prestaciones de rehabilitación para cada nodo, asegurando la oportunidad, continuidad y complementariedad del manejo terapéutico y, cuando sea necesario, la derivación oportuna a centros de otros Servicios de Salud y/o al Instituto Nacional de Rehabilitación. En esta asignación de roles se debe considerar las limitaciones de recursos de rehabilitación actuales y las limitaciones en uso de días cama de los hospitales de mayor complejidad que pueden soslayarse definiendo a otros hospitales de su red como de alta o mediana

complejidad en rehabilitación reforzando su equipo de profesionales y/o estableciendo sistemas de consultorías de aquellos recursos profesionales que no estén disponibles. Los sistemas de referencia y contrareferencia protocolizados entre los distintos nodos de la red de rehabilitación es imprescindible para dar continuidad en el tratamiento.

Es importante que los gestores de red amplíen estos conceptos con la lectura de los documentos distribuidos en el año 2017 a nivel de los Servicios de Salud "Orientaciones para el desarrollo de la Rehabilitación en los Hospitales de la Red Pública de Salud" y "Modelo de Gestión de la Red de Rehabilitación".

6.3.3. Orientación programática para atención de salud mental

A. Criterios técnicos para las actividades de atención abierta de especialidad en salud mental.

A partir de las definiciones ministeriales plasmadas en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, en los Modelos de Gestión de los respetivos nodos y puntos de atención de la red y Orientaciones vigentes, se plantean en anexo criterios técnicos para las actividades de atención ambulatoria de especialidad en salud mental, actividades para programar en la especialidad.

B. Criterios técnicos para las actividades de atención cerrada de especialidad en salud mental

A partir de las definiciones ministeriales plasmadas en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental, en los Modelos de Gestión de los respetivos nodos y puntos de atención de la red y Orientaciones vigentes, la Atención Cerrada se brinda en: Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (UHCIP); Centro de Atención Residencial para personas con consumo problemático de alcohol y otras drogas; Unidad de Psiquiatría de Enlace, Psicología de la Salud y Medicina Psicosomática; y Unidad de Cuidados y Rehabilitación Intensiva en Salud Mental (UCRI). Para estas dos últimas se está elaborando los respectivos documentos normativos.

Revisar en anexo criterios técnicos para las actividades de atención cerrada de especialidad en salud mental, actividades programar.

6.3.4. Orientación programática para atención odontológica secundaria.

Con el fin de sustentar el modelo de Atención Integral, se ha instalado un Modelo de Gestión en Red que incorpora a los establecimientos que interactúan en una red territorial, que contribuirán a la resolución de los problemas requeridos por la población, entre ellos los de salud odontológica. Serán los establecimientos de atención primaria quienes recibirán a los usuarios y determinarán quienes, por

nivel de complejidad de atención, deberán ser derivados a los establecimientos de atención secundaria o terciaria, dados los requisitos administrativos y siguiendo las directrices de los protocolos vigentes de cada especialidad y referirán a los usuarios para la satisfacción de sus necesidades. Por otra parte, los establecimientos de atención secundaria y/o terciaria a través de actividades específicas de cada especialidad, tendrán por objeto focalizarse en la oportuna resolución del problema de salud y devolver al paciente a su establecimiento de origen (referencia y contrarreferencia), permitiendo el tránsito de los usuarios entre ambos niveles según los flujos establecidos, para asegurar la continuidad en la atención, optimizando la Red.
Todo esto con la calidad del servicio odontológico lo que será considerado como el conjunto de atributos necesarios para satisfacer las expectativas de los usuarios.

Para lograr estos objetivos en forma ordenada y sistemática debemos programar, definido esto como: calcular en número de actividades, los requerimientos que debe cumplir el profesional de acuerdo a las horas contratadas de la especialidad.

En la atención se considera para el cálculo la demanda explicita, por esto se entiende, las prestaciones que la población solicita para atención de especialidades.

En esta misma línea de programar actividades se debe además relevar la importancia de conocer la demanda oculta, que es aquella que no está explicitada por no estar identificada y que no tiene respuesta, ya sea por no tener oferta o por desconocimiento de las redes de atención.

▪ Especialidades Odontológicas:
Las Especialidades Odontológicas, corresponden a un grupo de actividades propias del quehacer odontológico, que requieren de competencias y habilidades desarrolladas, orientadas a solucionar un problema específico de salud. Estas prestaciones, de mayor grado de complejidad, deben ser atendidas por especialistas en las distintas áreas, enfocados en la resolución del problema de salud y una vez resuelto debe devolver al paciente a la atención primaria, en un ejercicio dinámico e integrado.
Las especialidades odontológicas certificadas por la Superintendencia de Salud son las siguientes:

- Cirugía y traumatología buco-maxilofacial
- Cirugía bucal
- Endodoncia
- Imagenología
- Implantología
- Odontología legal*
- Odontopediatría
- Ortodoncia
- Patología oral

- Periodoncia
- Rehabilitación oral
- Salud publica*
- Trastornos temporomandibulares y dolor orofacial

*No se incluyen en programación, por no existir demanda de la especialidad a nivel secundario/terciario

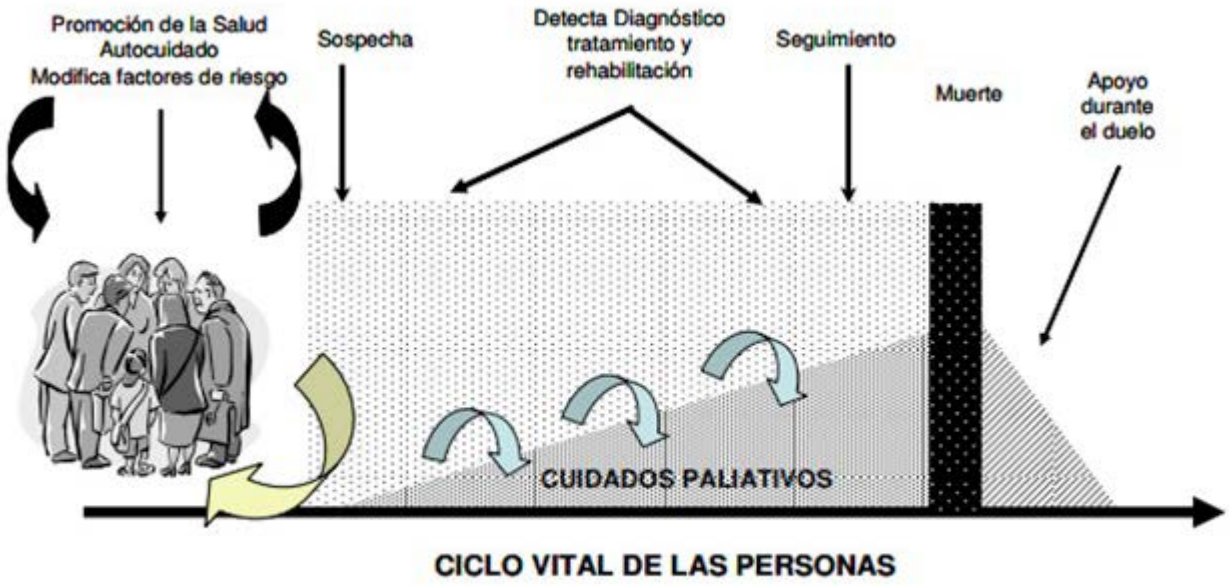
RENDIMIENTOS SUGERIDOS POR ESPECIALIDAD: Revisar rendimientos, los cuales se deben considerar como una orientación al momento de programar actividades y adecuar a la realidad local de cada Servicio

6.3.5. Orientación programática para atención en la red oncológica nivel secundario y terciario

MODELO DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA

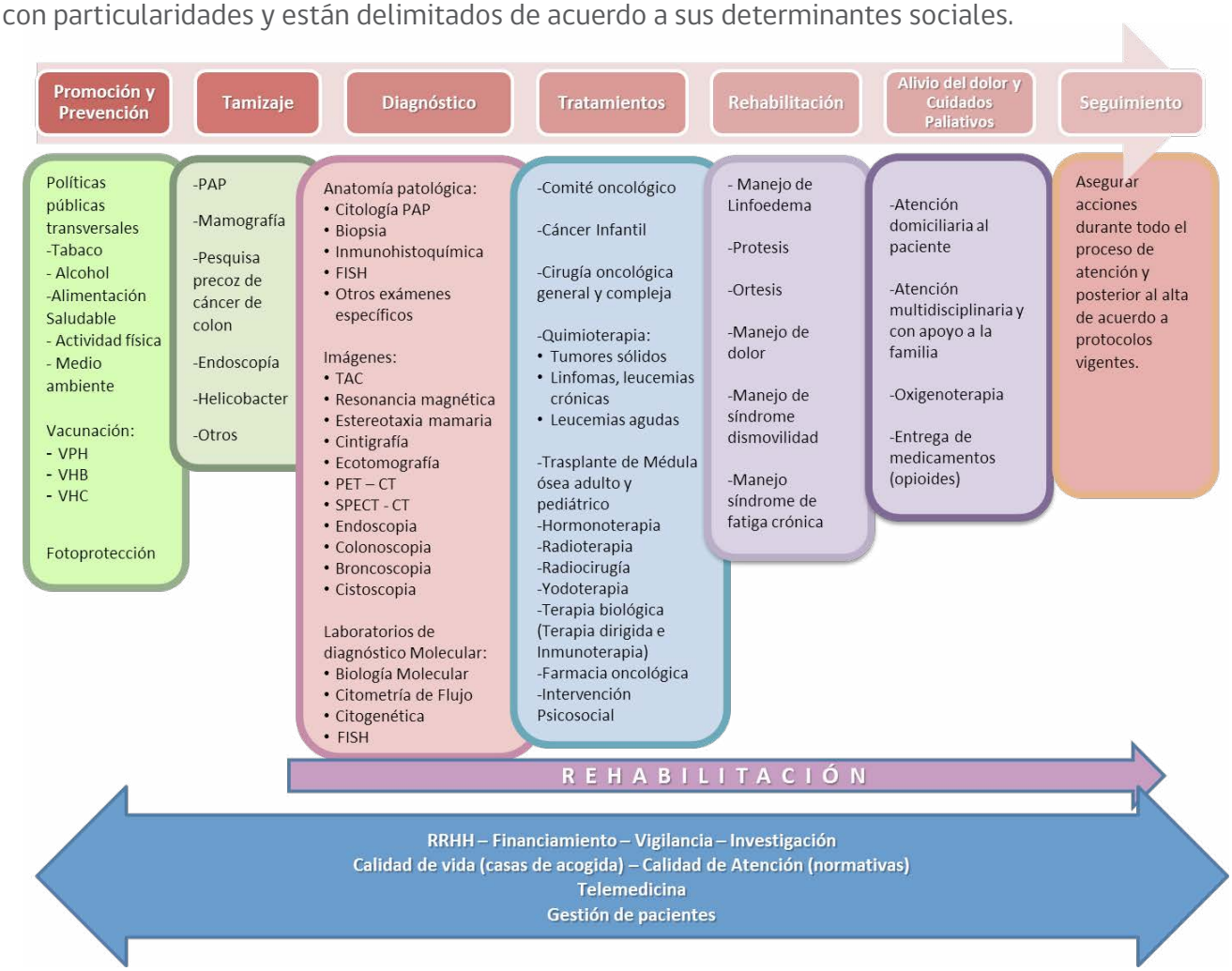
El modelo de atención oncológica debe considerar la historia natural de la enfermedad, es decir desde la promoción y prevención de salud, hasta alivio del dolor, cuidados paliativos y seguimiento

Ilustración 18. Historia natural de la enfermedad



Modificado Unidad de Cáncer 2003

La atención debe estar centrada en las personas reconociendo además que estas son parte de sistemas sociales como las familias y están insertos en la comunidad, donde sus territorios cuentan con particularidades y están delimitados de acuerdo a sus determinantes sociales.



Fuente: Elaboración equipo cáncer, Departamento GES y Redes de alta complejidad, DIGERA.

NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

Las prestaciones otorgadas son consultas de especialidad y subespecialidad, para procesos de diagnóstico, etapificación, tratamiento terapéutico, procedimientos de enfermería, cirugía ambulatoria, seguimiento, rehabilitación, alivio del dolor y cuidados paliativos en este sentido para las personas con diagnóstico de cáncer.

Las actividades de cáncer en personas adultas:

Atención Secundaria

Su función fundamental es el control con el especialista específico para fundar o descartar la sospecha de cáncer.

Atención Terciaria

Su función básica es resolver la atención integral de enfermos complejos, completar la etapificación, la ejecución de Tratamientos específicos según etapificación y evaluación-conclusión del comité oncológico. Rehabilitación y Seguimiento.

Principales funciones nivel Secundario y Terciario:

- Desarrollar acciones de Prevención de Salud en Cáncer
- Realizar proceso diagnóstico
- Desarrollar Comité Oncológico
- Otorgar atención y cuidados a las personas con patología oncológica
- Desarrollo de acciones de Seguimiento para la continuidad de cuidados de las personas con cáncer
- Realizar acciones que promuevan la Rehabilitación de las personas
- Brindar Cuidados Paliativos y Alivio del dolor a las personas
- Desarrollar acciones de investigación y docencia
- Formación técnica de especialidad a los equipos multidisciplinarios en el abordaje de patologías oncológicas
- Desarrollo de acciones de cuidado del equipo

Ilustración 19.Lineas de tratamiento oncológico

Fuente: Elaboración equipo cáncer, Departamento GES y Redes de alta complejidad, DIGERA.

COMITÉ ONCOLÓGICO

Corresponde a la reunión multidisciplinaria de un conjunto de especialistas y subespecialistas que, de manera sistemática, evalúan antecedentes clínicos, y en conjunto plantean el plan terapéutico según etapificación y protocolos vigentes.

El comité es la actividad principal previa al inicio de tratamiento e indicaciones terapéuticas.
Facilita la toma de decisiones en situaciones complejas al reunir en una sesión a los especialistas claves de una patología determinada.

Es una actividad básica del nivel terciario de atención y del respectivo centro de cáncer del adulto.
Desde la perspectiva de gestión de recursos humanos, el trabajo oncológico mediante Comité Oncológico (CO), proporciona un uso más racional del tiempo especialista dado que facilita la presencia de todos los que no forman parte del equipo multidisciplinario estable del Servicio de Oncología, colaborando en aunar criterios clínicos y en establecer relaciones de equipo, más allá de las fronteras naturales del propio Servicio.

El CO, debe funcionar al menos una vez por semana, en un espacio físico asignado y conocido, con una periodicidad tal que permita la continuidad de la actividad incluso durante las vacaciones. Cada una de las sesiones está asignada a un día y una hora a la semana.

Miembros del Comité: médicos y profesionales del equipo de salud, designados (titular y suplente) que participan sistemáticamente en la valoración de casos de una patología tumoral dada.

En hospitales docentes o por la funcionalidad de la institución, puede ser necesario examinar al paciente durante la sesión; esta situación debe ser conocida y aceptada con antelación por el paciente.

COMITÉ ONCOLÓGICO INFANTIL

Todo niño, niña o adolescente con confirmación diagnóstica es presentado al comité oncológico local, pudiendo realizar todas sus intervenciones manejadas por el equipo según programa y protocolos PINDA vigentes. Pudiendo utilizar estrategia de telesalud.
En relación a esta población las patologías de cáncer infantil ingresan a comité oncológico como parte del tratamiento.

Cada centro PINDA Integral, tiene su comité oncológico instalado, donde la participación es de todo el equipo tratante del centro, pudiendo así abordar desde la patología oncológica hasta sus aspectos socioemocionales de los niños y niñas.

Este comité se lleva a cabo a través de una reunión de un conjunto de especialistas, subespecialistas y profesionales del equipo que evalúan antecedentes clínicos (anatomía patológica, exámenes e imágenes y otros) y plantean el plan terapéutico según etapificación de acuerdo a los protocolos de estudio y tratamiento por patologías PINDA vigentes, incluyendo el ingreso a alivio del dolor y cuidado

paliativo. Además, define conductas cuando las situaciones no están previstas en el protocolo y facilita la toma de decisiones en situaciones complejas.

Para definir el caso clínico y su manejo respectivo participan todos los especialistas acordes a las patologías que presente el/la niño/a y adolescente.

Este comité se reúne a lo menos una vez al mes, con posibilidad de realizar alguna reunión previa según requerimiento.

CÁNCER INFANTIL:

El cáncer infantil en Chile cuenta con garantía para toda su atención a través de la cobertura GES, desde la sospecha, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, seguimiento y cuidados paliativos incluyendo recaídas y/o segundo cáncer hasta los 25 años.

Está garantizado el tratamiento con drogas antineoplásicas, los antieméticos, los insumos para la preparación y administración de la quimioterapia, tratamiento de las neutropenias febriles y el uso de factor estimulante de colonias, según cada protocolo. Así también, garantizar la cirugía cuando corresponda, el uso de catéter venoso central para todos los niños que lo requieran. También está garantizada la radioterapia según corresponda (radioyodo y hormonas de sustitución).

Existen 3 tipos de centros estos son:

1) Centro PINDA Integral: Su función básica es realizar atención integral a los niños con sospecha diagnostica de cáncer, para así confirmar el diagnóstico y la ejecución de tratamientos específicos según etapificación. Su ámbito de acción es en Linfomas, Leucemias y Tumores sólidos, con atención abierta y cerrada. El Recurso Humano es especializado y multidisciplinario. Cuenta con procedimientos terapéuticos como cirugía, tratamientos sistémicos (Quimioterapia), rehabilitación y de seguimiento, atenciones de Cuidados paliativos y alivio dolor. Dentro de estos centros funcionan los comités oncológicos.

2) Centro Parcial PINDA: Estos centros cuentan con un equipo de salud definido y capacitado, que ante un caso sospechoso realiza primera atención, evalúa, solicita exámenes, fundamenta sospecha diagnóstica y coordina directamente con el centro de referencia establecido. También realiza controles, tratamientos de mantención oral y controles de seguimiento, según indicaciones y en coordinación con el centro tratante. Realiza atención integral de algún tipo de cáncer infantil, de acuerdo a la competencia de los médicos especialistas con que cuente, es por esto que cada centro parcial tiene sus particularidades.

3) Centro Apoyo PINDA: Es un centro de atención que cuenta con un equipo de salud definido y capacitado (médico pediatra, profesionales y equipo de apoyo), que ante un caso de sospecha de cáncer realiza primera atención, evalúa, solicita exámenes, fundamenta sospecha diagnóstica y coordina directamente con el centro de referencia establecido para su derivación. También realiza controles, tratamientos de mantención oral y controles de seguimiento, según indicaciones y en coordinación con el centro tratante.

CIRUGÍA:

La cirugía oncológica es diversa y dependerá específicamente de la patología a tratar es por ello que, en relación a la programación se relaciona a lo indicado a los procesos quirúrgicos señalados en documentos vigentes y se adecua a la especialidad requerida.

El proceso quirúrgico se inicia con la Solicitud de Interconsulta para la especialidad Quirúrgica y termina con el Post Operatorio inicial o el Alta quirúrgica en lo global.

Dentro del Proceso Quirúrgico se identifican tres Subprocesos: Pre Quirúrgico, Quirúrgico y Post Quirúrgico.

HEMATOLOGÍA:

Para el tratamiento de neoplasias hematológicas (leucemias crónicas, agudas y linfomas) se requiere establecimientos que realicen prestaciones de diagnóstico (laboratorio general, biopsia de médula ósea y de ganglios linfáticos, laboratorio específico de hematología oncológica), de tratamiento (quimioterapia, radioterapia, trasplante de médula ósea).

Se propone el desarrollo de la red en distintos niveles de complejidad de acuerdo a la demanda esperada de cada Servicio de salud, al RRHH existente y a la geografía específica, siendo estos:

- **Hematología 1(H1):** nivel más básico que realice de diagnóstico y etapificación de patologías de agresividad baja o intermedia, tratamiento de patología con QT oral o paliativa y seguimiento una vez finalizado el tratamiento.
- **Hematología 2 (H2):** Todo lo anterior más tratamiento de QT de intensidad intermedia
- **Hematología 3 (H3):** Todo lo anterior más tratamiento de QT de alta intensidad
- **Trasplante de médula ósea (TPH)1:** Todo lo anterior más trasplante de médula ósea autólogo
- **Trasplante de médula ósea (TPH)2:** Todo lo anterior más trasplante de médula ósea alogenico

QUIMIOTERAPIA DE TUMORES SÓLIDOS:

a) Quimioterapia Ambulatoria

La quimioterapia es una actividad que consiste en la administración de fármacos/medicamentos para el tratamiento de cáncer cuyo objetivo es impedir la reproducción de células cancerosas.

En el proceso clínico de atención de quimioterapia debe estar disponible un médico oncólogo o hematólogo. Además del médico especialista en este proceso participa la farmacia oncológica, Enfermero/a oncológica y auxiliares paramédicos capacitados.

La administración de Quimioterapia incluye:
- Indicación de tratamientos por especialista.
- Administración de tratamiento por enfermera especialista con técnicos paramédicos capacitados.

b) Quimioterapia en atención cerrada (hospitalización):

Estas son denominadas Quimioterapias intensivas, estas están asociadas a un aumento de los efectos secundarios constituyendo en su mayoría un riesgo vital inminente para el paciente.

Radioterapia

En radioterapia existen distintas técnicas de tratamiento en el área de la radioterapia externa (Teleterapia) y la Braquiterapia. En teleterapia las técnicas varían en complejidad, en todas sus etapas (planificación, simulación, verificación y tratamiento). La aplicación de teleterapia requiere disponer de equipos de alta tecnología y costo de acuerdo al tipo de técnica utilizada, incrementando los requerimientos de infraestructura, de precisión en el control de calidad, de personal idóneo y calificado y los tiempos requeridos en cada etapa del tratamiento de cada paciente.

En este contexto para normalizar la Teleterapia, se propone la siguiente clasificación:

1. Convencional: radioterapia bidimensional (2DRTE).
2. Estándar: Radioterapia conformacional 3D (3DCRT)
3. Compleja: Radioterapia con modulación de la intensidad del haz (IMRT), Radioterapia guiada por imágenes (IGRT)
4. Alta complejidad: Radioterapia estereotaxica Corporal (SBRT), radiocirugía (SRS), Radioterapia

intraoperatoria (IORT)

Etapas del tratamiento:

- Ingreso a Radioterapia
- Educación de Enfermería
- Planificación médica
- Simulación
- Planificación dosimétrica
- Controles de calidad planificación
- Reunión de planificación
- Aplicación del tratamiento
- Verificación de campos
- Controles de tratamiento
- Seguimiento

Braquiterapia

La braquiterapia permite una mayor dosis de radiación en un área más pequeña que lo que pudiera ser posible con el tratamiento de radiación externa. Esta utiliza una fuente de radiación que usualmente está sellada en un pequeño contenedor llamado implante. Los diferentes tipos de implantes pueden llamarse píldoras, semillas, cintas, alambres, agujas, cápsulas, globos o tubos con radiación. Independientemente del tipo de implante que se utilice, este se coloca en su cuerpo, muy cerca o dentro del tumor. De esta manera, la radiación afecta al menor número de células normales que sea posible.

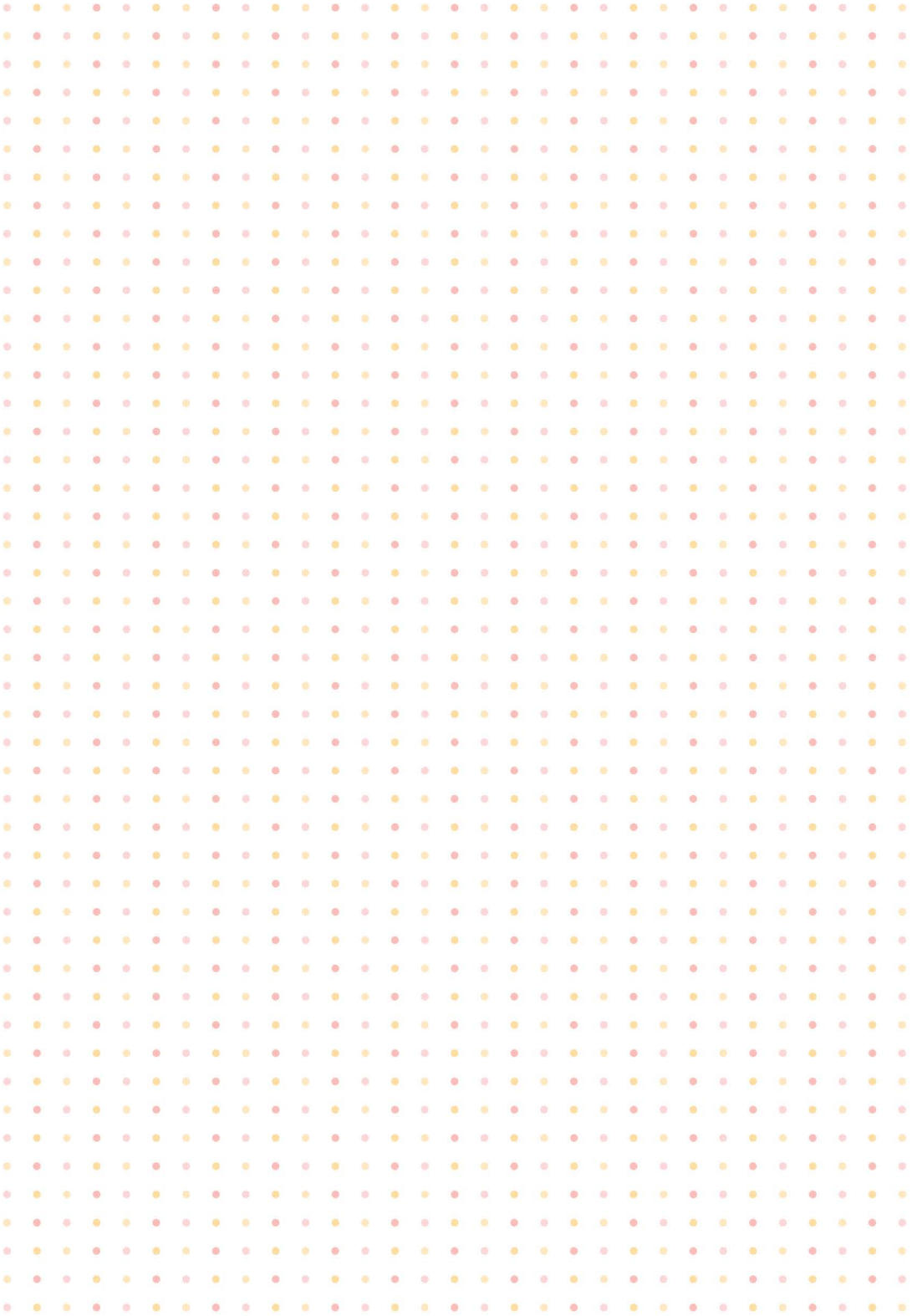
La administración de braquiterapia incluye alguna de las modalidades o formas siguientes:
· Según los niveles de tasa de dosis: alta, mediana, baja o muy baja.
· Según la temporalidad de los implantes: temporales o permanentes.
· Según el método de implantación: carga directa o diferida.
· Según la forma de manejo de las fuentes: manual o automática.
· Según la técnica quirúrgica de colocación del implante: intracavitaria, intraoperatoria, intersticial, intravascular, superficial o de contacto.

Actualmente la modalidad más extendida en el país es la braquiterapia de alta tasa (BQT HDR) intracavitaria, principalmente en ginecología. También existe un número importante de BQT HDR de próstata y Braquiterapia de implante permanente de semillas.

*Las actividades relacionadas a Salud Mental en el área de Oncología, su descripción, rendimiento y registro, son de acuerdo a cartera de servicios indicada en el área de Salud Mental, sin embargo, los profesionales quienes la realizan deben tener formación en psicooncología.

*Las actividades de cirugía oncológica, a su vez serán programadas de acuerdo al proceso quirúrgico indicado, y su descripción y rendimiento será sujeto al tipo de cirugía, su especialidad y procedimiento requerido considerando que se debe programar los tres subprocesos con las actividades asignadas a cada uno.

Revisar en anexo descripción de prestaciones oncológicas



Comité editorial Minsal

Herrera Juan
Llach Elisa
Meneses Pamela
Molina Maria
Slaibe Lissete
Soto Gonzalo
Vargas Irma

Colaboradores Minsal

Alcalde Catalina
Álvarez Christian
Arévalo Paola
Balich Elga
Benavides Xenia
Bizama Mauricio
Bunger Soledad
Burgos Solange
Campos Álvaro
Campos Catalina
Campos María Elena
Camus Marcela
Carrasco Soledad
Castro Karla
Cayupán Claudia
Chacón Susana
Cortés Marcela
Cuevas Gladys
D'Angelo Cettina
Davanzo Soledad
Díaz Victor
Dinamarca Natalia
Donoso Barbara
Escobar Nadia
Espina Joel
Estrada Carla
Farías Mauricio
Figueroa Nicolas
Gonzalez Inés
González Nanet
Guerrero Oscar
Henríquez Jeanette
Isla Carolina
Leyton Barbara
Méndez Natalia
Millalen Clodoveth
Molina Daniel
Molina Lorena
Mussa Indra
Olmos Juan Pablo
Opazo Yasna
Pacheco Javiera
Palma Bernardita
Parada Lenka
Parra Cristian
Pereira Milena
Pizarro Daniel
Prado Isidora
Prieto Marta
Ríos Iván
Romero Susana
Ruíz Natalia
Salinas Felipe
Schaffer Gisela
Santander Ximena
Sepúlveda Dino
Soto Gonzalo
Sotomayor Lorena
Tapia Adriana
Terrazas Zolana
Tobar Lídice
Urrutia Odette
Valdes Macarena
Valenzuela Claudia
Veliz Verónica
Venegas Daniel
Verdejo Mauricio
Villena Jessica
Yutronic Vania

Colaboradores Externos	
Establecimiento / Institución	***Nombre***
Dpto. Salud Comunal Independencia	*Araya Mauricio*
Hospital de Niños Roberto del Río	*María Angelica Contreras*
Dpto. Salud Comunal Huechuraba	*Rojas Giovanna*
Dpto. Salud Comunal Recoleta	*Chadwick María Eugenia*
Servicio de Salud Metropolitano Norte	*Allel Ligia*
Complejo Hospitalario San José	*Espejo Patricia*
Instituto Nacional del Cáncer	*Abarca Isabel*
Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, U. de Chile	*Eguiguren Pamela*