DIVISION DE ATENCION PRIMARIA

DEPARTAMENTO CONTROL DE GESTION Y CALIDAD DE LA ATENCION

Programación Operativa en Atención Primaria de Salud

Julio 2017

v.1.2

Elaboración: Dr. Alexis Ahumada S. alexis.ahumada@minsal.cl

Revisión MINSAL: Ximena Barros R. ximena.barros@minsal.cl

Irma Vargas P. ivargas@minsal.cl

Revisión Servicios de Salud: Pilar Planet M. Servicio de Salud O´Higgins.

Ariel Aravena Q. Servicio de Salud Araucanía Sur.

Índice

Programación Operativa en Atención Primaria 3

Introducción 3

Módulo 1: Antecedentes generales de planificación y programación 4

Antecedentes generales de planificación y programación 4

La planificación a nivel local y a nivel de Servicio de Salud 4

El brazo ejecutante de la planificación en salud: la programación operativa en atención primaria 6

Profundizando en la programación operativa en atención primaria: contexto y elementos constitutivos 7

Plan de Salud Comunal 8

¿Qué busca el Plan de Salud Comunal? 9

Módulo 2: Programación Operativa en APS 15

Objetivos de la Programación Operativa en APS 15

Orientación de programación operativa ¿A qué nivel programamos? 15

Elementos a considerar en la Programación Operativa 17

Conceptos a tener en consideración para proceder a la programación operativa 18

Módulo 3: Pasos de la Programación Operativa en atención primaria 20

Pasos de la programación operativa 20

Paso 1. Determinación de la población usuarios de salud a programar 20

Paso 2. Determinación de los días hábiles en atención primaria para programar 22

Paso 3. Cálculo de horas directas o clínicas 23

Paso 4. Cálculo de horas indirectas o administrativas 34

Paso 5. Balance de horas 35

Paso 5. Evaluación de Programación Operativa 37

ANEXO 38

ANEXO Nº 1: Plan de Salud Comunal y fechas afectas a la Ley 19.378 38

Programación Operativa en Atención Primaria

Introducción

Este documento tiene como propósito contribuir entregar los conocimientos básicos para desarrollar una programación operativa en atención primaria de salud, y con ello, fortalecer el proceso de planificación de actividades que desarrollan los equipos s de salud.

Los objetivos de esta actividad de autoaprendizaje son los siguientes:

Objetivo General

Entregar conocimientos básicos conceptuales y metodológicos asociados a la programación operativa en atención primaria de salud.

Objetivos Específicos

- Que los participantes logren identificar aspectos teóricos asociados a la programación operativa en atención primaria de salud.
- Que los participantes logren reconocer la importancia de la programación operativa en la atención primaria de salud como metodología para el desarrollo de una gestión efectiva.
- Que los participantes logren identificar las dimensiones esenciales a programar operativamente en atención primaria de salud (recursos humanos, tiempo, recursos financieros, entre otros) y factores que la determinan (cartera de prestaciones, la demanda, la capacidad de oferta y recursos disponibles, entre otros)
- Que los participantes desarrollen un trabajo práctico relativo a la programación operativa de un centro de salud familiar ficticio.
- Que los participantes incorporen herramientas y habilidades para poder programar operativamente en el Servicio de Salud y puedan traspasar dichas herramientas y habilidades a las comunas de su jurisdicción.

Módulo 1: Antecedentes generales de planificación y programación

Antecedentes generales de planificación y programación

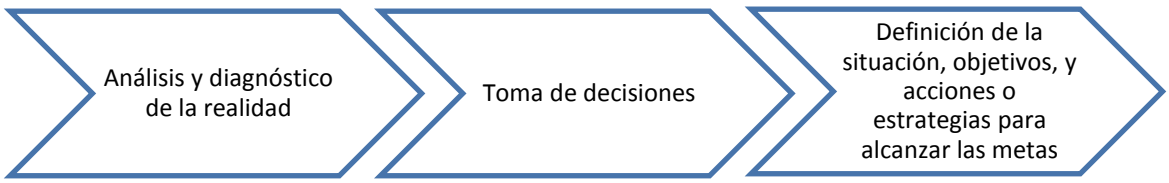
La planificación a nivel local y a nivel de Servicio de Salud

Los recursos asignados y disponibles para el sector se enfrentan a escenarios complejos, donde es posible apreciar múltiples problemáticas y necesidades de la población, dinamismo en los problemas de salud con mayor prevalencia, urgencia por acciones de salud complejas y multidimensionales y una organización de los recursos para actuar de una con efectividad.

Es en este contexto, donde la **planificación en salud** se alza como un proceso que permite a los equipos de salud abordar los escenarios complejos antes descritos y enfrentarlos de manera efectiva.

El proceso que contribuye a organizar los recursos y acciones de salud en los equipos utiliza un modo secuencial descrito en la **Ilustración 1:**

Ilustración 1. Diagrama del proceso de programación operativa en atención primaria



En primer lugar, los miembros del equipo de salud requieren realizar un diagnóstico de salud local e identificar los factores que determinan los problemas observados.

En segundo lugar, con esta información, los equipos establecen los lineamientos para solucionar la problemática descrita, es decir, toman decisiones acerca de cómo abordarán los problemas y factores que afectan preponderantemente a su población a cargo.

En tercer lugar, y para llevar a cabo las decisiones tomadas y los lineamientos escogidos, los equipos requieren plantearse objetivos, actividades y tareas a desarrollar. Para ello, deben determinar los responsables de la ejecución y las metas o indicadores que medirán los avances alcanzados (evaluación ex-ante, ex dure y ex-post).

Todos estos procesos deben realizarse tomando conocimiento del marco legal regulatorio, de la situación general de salud del país y en particular de su territorio.

Por lo tanto, es posible señalar que se entiende como ***planificación en salud a aquel conjunto de acciones proyectadas de manera sistemática e integrada en programas de carácter nacional y local, cuyo objetivo es avanzar en el logro de metas sanitarias en beneficio de la comunidad***.

Ahora bien, la **planificación en salud** es un proceso complejo que no solo involucra a un centro de salud primaria, como fue visto recientemente. Es decir, la planificación es un proceso que se da desde un centro de salud primaria hasta niveles macro, como la Red Asistencial completa de un Servicio de Salud.

En ese sentido, la **planificación en una red asistencial**, además, implica que los actores y equipos del nivel local de atención de salud se articulen con los actores sanitarios del nivel regional, en torno a metas bien definidas, en un tiempo y contexto determinado.

La manifestación de la articulación de la planificación a nivel de una red asistencial debe reflejarse en lo que se declara en el Plan de Salud Comunal[1] (que representa el nivel municipal) y en lo que se declara en la Programación en Red de un Servicio de Salud, liderados por el Gestor de Red[2]. Este Gestor de Red lleva a cabo la tarea de integrar la planificación de la red asistencial, analizando y gestionando la oferta[3] y demanda[4] en salud de los diferentes niveles de atención, en función de los requerimientos sanitarios y

[1] Se entiende como Plan de Salud Comunal al programa anual de actividades formulado por la entidad administradora en base a las programaciones de los establecimientos respectivos, el que contendrá las estrategias de salud a nivel comunal enmarcadas en el plan de desarrollo comunal y en las normas técnicas del Ministerio de Salud, según Decreto 2296 / 1995 (reglamento de la Ley 19.378)

[2] Se entiende como Gestor de Red a quien lidera la red asistencial de un determinado territorio, realizando el análisis y la gestión de la oferta y demanda de servicios de salud y la articulación de los mismos, en función de los requerimientos de salud de la población a cargo en una determinada jurisdicción.

[3] Se entiende como oferta de servicios de salud al estudio de la producción de servicios de salud por tipo de programa de salud, institución de salud, funciones de producción e insumos requeridos para satisfacer la demanda de salud. Para mayor información revisar Arredondo López A., Recaman Mejía A.L. Oferta vs. demanda: Algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 2002; 20: 42-47

[4] Se entiende como demanda en salud al estudio de los aspectos relacionados con el acceso y uso de satisfactores relacionados con la salud y con los servicios de salud. Se involucran en su vertiente de demanda en salud, los estudios demográficos, epidemiológicos, culturales, educacionales, de ingreso, etc. Para mayor información revisar Arredondo López A., Recaman Mejía A.L. Oferta vs. demanda: Algunos aspectos a considerar para el estudio del mercado en salud. Hitos de Ciencias Económico Administrativas 2002; 20: 42-47.

epidemiológicos de su población a cargo[5] (tal como se apreció en la Ilustración 1, el Gestor de Red debe comenzar con la identificación de las problemáticas y necesidades de su población para luego definir acciones sanitarias al respecto); requerimientos que incluyen la provisión continua de servicios de promoción, prevención, diagnóstico-tratamiento, rehabilitación y cuidado terminal.

De este modo, la planificación constituye un proceso que se encamina hacia la búsqueda de un funcionamiento integrado de la Red de Salud, mediante un adecuado ordenamiento de prioridades y metas a alcanzar, asegurando la continuidad de la atención.

Pero para que la planificación se lleva a la práctica y se ejecute en el contexto local y en el contexto de una red asistencial, debe confluir un proceso más: la programación operativa. La programación operativa estructura en el contexto local las decisiones de planificación tomadas por el director de un centro de atención primaria o de un Gestor de Red y les da la dimensión de realismo necesaria para llevarlas a la práctica.

En esta cápsula educativa se ahondará en el proceso de programación operativa en atención primaria. Este proceso es parte fundamental del Plan de Salud Comunal y este, a su vez, es parte fundamental de la programación de la red asistencial en un Servicio de Salud.

El brazo ejecutante de la planificación en salud: la programación operativa en atención primaria

La planificación en atención primaria de salud requiere de una adecuada interpretación tanto del contexto local y de la red asistencial en la cual se inserta, así como también de los recursos con los que se cuenta. Solo así, se podrá reflejar y hacer operativa cada una de las acciones decididas por la planificación en salud.

En este sentido, la **programación en atención primaria** corresponde a una herramienta de gestión donde se consignan todas las formas de abordaje de los problemas sanitarios y sus respectivas soluciones y tratamientos definidas en la planificación en salud, según el Modelo de Atención imperante, es decir, Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria[6].

[5] Se entiende como población a cargo a las personas beneficiarias (inscritas validadas por FONASA) con la cual el Centro de Salud asume la responsabilidad de brindar y coordinar los servicios sanitarios orientados a mantener a la población sana y a mejorar su nivel de salud.

[6] El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. (http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf)

A su vez, la ***programación operativa en atención primaria corresponde al proceso mediante el cual el centro de salud organiza su quehacer, siendo la expresión ejecutiva del Plan de Salud Comunal, donde se operacionalizan los objetivos, metas, estrategias y actividades a realizar.*** Es en este proceso donde el equipo de salud y la red asistencial aplica y adapta las orientaciones sanitarias provenientes del Ministerio de Salud y organiza la ejecución de las intervenciones destinadas a enfrentar los problemas de salud. Otra definición de ***programación operativa en atención primaria corresponde a "un eje conductor de las acciones sanitarias, que marcan los énfasis de las diferentes actividades de las carteras de prestaciones, según nivel de atención y la estimación de producción de acciones directas en cada uno de ellos".*** Nuevamente, cada elemento de estas acciones debe adecuarse a las diferentes normativas, instancias y objetivos de salud, junto con alinearse al Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria.

Las ventajas de programar operativamente en atención primaria son las siguientes:

- ✓ Permitir contar con una definición de la cartera de prestaciones de salud a entregar a las personas.
- ✓ Facilitar la fijación de metas acorde a las necesidades detectadas.
- ✓ Posibilitar la cuantificación del recurso humano para dar solución a las problemáticas de salud y permite identificar la brecha de recursos humanos en los establecimientos.

A continuación, se profundizará en los elementos que forman parte de la programación operativa en atención primaria y que le permiten poder funcionar como el brazo operativo de la planificación en salud.

Profundizando en la programación operativa en atención primaria: contexto y elementos constitutivos

La Ley 19.378 (Estatuto Administrativo que rige a la atención primaria municipal) estipula que el Ministerio de Salud, a través de los Servicios de Salud, tiene la responsabilidad anual de elaborar y comunicar las normas técnicas de los programas de salud a las entidades administradoras de salud municipal.

La forma en que el Ministerio de Salud elabora y comunica las normas técnicas se concreta en el documento de **Orientaciones para la Planificación y Programación en Red**. Este documento, año a año, recoge los lineamientos de las políticas públicas de salud de nuestro país, como por ejemplo la Estrategia Nacional de Salud, metas sanitarias de atención

primaria de salud municipal (Ley 19.813), Índice de Actividad de Atención Primaria y otras normas técnicas del Ministerio.

Por ley, el documento de **Orientaciones para la Planificación y Programación en Red** debe ser emanado a más tardar el **10 de septiembre de cada año** por el Ministerio de Salud, para su ejecución en el año venidero.

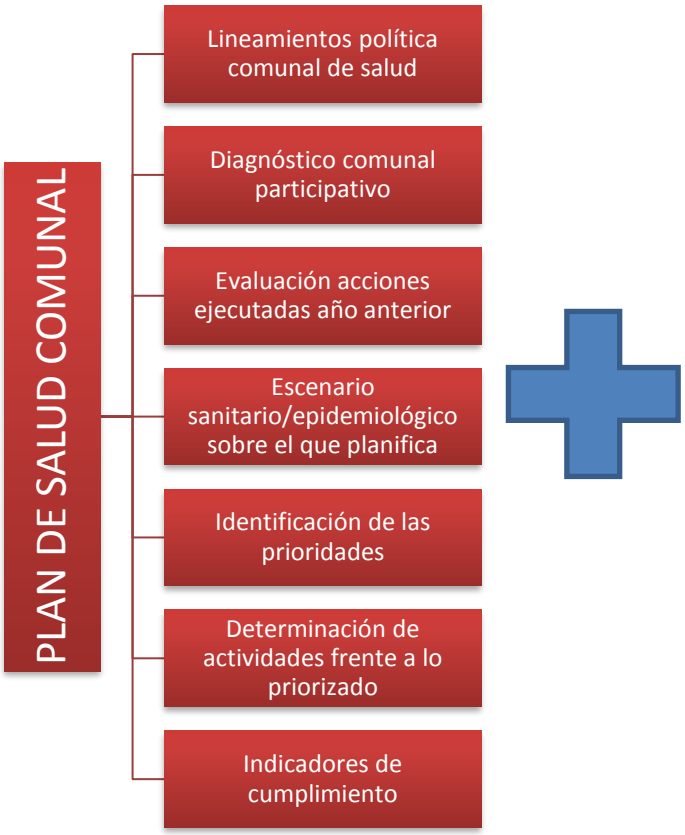
Una vez recibido el documento de **Orientaciones para la Planificación y Programación en Red**, cada Municipio debe generar el **Plan de Salud Comunal**, el cual año a año, articula los lineamientos expresados a nivel macro con las necesidades dinámicas de salud de la población local a cargo **(Ver Anexo Nº 1)**

Plan de Salud Comunal

El Plan de Salud Comunal es un documento escrito donde se presenta de forma ordenada y coherente con la planificación estratégica comunal, las prestaciones de salud de la Atención Primaria planificadas para el año siguiente, considerando los recursos necesarios para su ejecución.

Se formula sobre la base de un diagnóstico explícito de la población a cargo, sus características, su situación de salud y de atención de salud, así como de un análisis de los problemas de salud, sus factores condicionantes y las intervenciones posibles. Explicita los métodos a usar y sus fundamentos, así como también diseña los mecanismos por los cuales se evaluará el cumplimiento de dicho Plan. Por último, este Plan debe acompañarse y refrendarse de un presupuesto explícito **(Ilustración 2).**

Ilustración 2. Contenidos Plan de Salud Comunal (decreto 2296 / 1995)



¿Qué busca el Plan de Salud Comunal?

- Alinear el quehacer de los centros de salud primaria a las prioridades sanitarias nacionales y locales, detectadas a través de diagnósticos comunitarios y sanitarios.
- Fortalecer el desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario.
- Optimizar el uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros orientándolos a resultados medibles.
- Contribuir a la integración funcional de la Red Asistencial, en la perspectiva de dar satisfacción a las necesidades sentidas de salud de la población.

El Plan de Salud Comunal utiliza el ciclo de mejora continua para el análisis de los problemas de salud, sus factores condicionantes y las intervenciones posibles **(Ilustración 3).** Es decir, se espera que el Plan de Salud Comunal refleje el proceso de identificación de los problemas sanitarios de la población a cargo (diagnóstico epidemiológico y sanitario de la población) para luego dar cuenta del proceso de priorización de ellos, a partir de una reflexión fundada que haya tomado en cuenta factores como necesidades sentidas de la población a cargo, carga de mortalidad y morbilidad, impacto sanitario, etc. Entonces, las acciones contenidas

en el Plan de Salud Comunal deben reflejar tal priorización y deben ser altamente coherentes con los problemas que buscan abordar. Asimismo, debe dar cuenta de acciones factibles y costo efectivas para el municipio y su población a cargo. A continuación, la implementación de las medidas debe contener una **programación operativa** que facilite la ejecución de las medidas correctivas o de aquellas medidas que velarán por la salud de las personas de la comuna. Por último, se espera que contenga la estructura de evaluación y monitoreo que permitirá saber si las acciones implementadas y ejecutadas tuvieron impacto en el problema que buscaba abordar.

Ilustración 3. Diagrama del ciclo de mejora continua para el análisis de problemas de salud en atención primaria

Ahora se detallará cada uno de los elementos que debiese contener el Plan de Salud Comunal enunciados de modo general en el párrafo anterior[7]:

a. **Diagnóstico de la situación de salud a nivel comunal**: Esta metodología debe tener un carácter epidemiológico y sanitario, así como también participativo. Por un lado, a partir de las bases de datos y datos secundarios registrados por la propia actividad de salud, los equipos debiesen estar en condiciones de conocer las características epidemiológicas y sanitarias de su población a cargo. Con ello podrán ser capaces de reconocer cuales son las enfermedades de mayor prevalencia de su población, las que causan mayor carga de mortalidad y morbilidad, así como también reconocer las dificultades para el uso de servicios sanitarios en atención primaria. Por otro lado, el

[7] Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2017. MINSAL: http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/BASES-CONCEPTUALES-PARA-LA-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-EN-RED-2017CUADERNILLO1.pdf

diagnóstico de la situación de salud a nivel comunal debe ejecutarse a través de la participación de la comunidad organizada y el equipo de salud. De acuerdo a la integración de ambas dimensiones del diagnóstico de salud, se procede a la priorización de los problemas de salud y a la formulación del plan de acción o de cuidados de la salud de la población.

b. Plan de acción o cuidados de la salud de la población: Este componente del Plan de Salud Comunal es construido posterior a la etapa de diagnóstico y en este se priorizan los problemas de salud de la comunidad y la forma en que estos serán abordados. Para ello, este plan de acción debe contener los siguientes elementos: problema priorizado, con su respectivo objetivo perseguido, metas a alcanzar, indicadores que permitirán monitorear las acciones que buscan alcanzar las metas, las actividades que permitirán alcanzar dichas metas, los recursos humanos involucrados en dichas actividades y los modelos de evaluación y monitoreo de dichas actividades, junto a sus fuentes de extracción de datos **(Ilustración 4).**

Ilustración 4. Contenidos de un plan de acción o de cuidado de la salud de la población en atención primaria

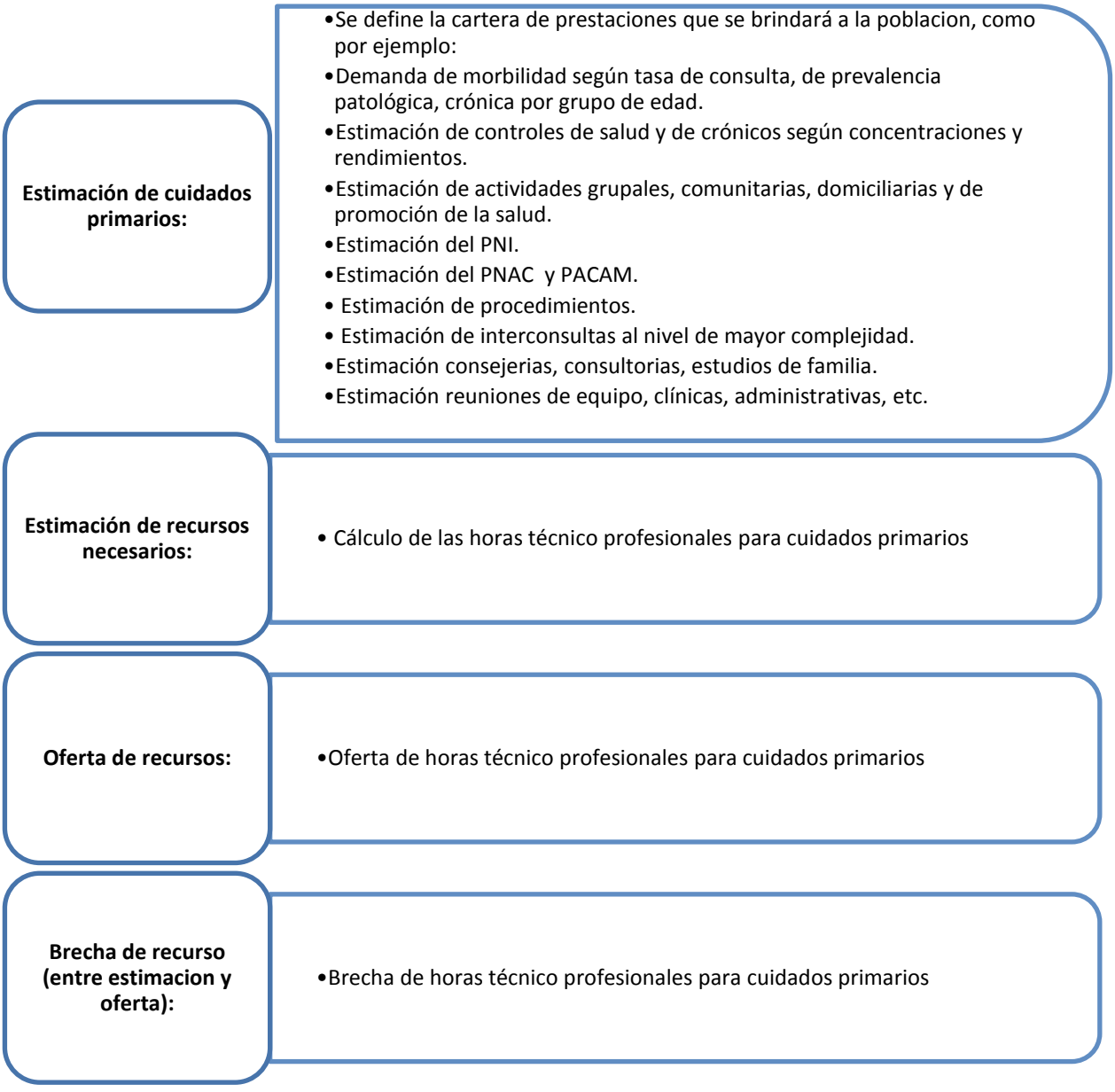
PLAN DE ACCIÓN

- COMUNA
- ESTABLECIMIENTO

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación

c. Programación Operativa: Este es el objeto de nuestro estudio en la cápsula y, como se ha señalado anteriormente, corresponde a aquel proceso contenido en el Plan de Salud Comunal que permite operacionalizar, según la cartera de prestaciones de atención primaria (actividades de salud de la comuna o centro de salud) y las normas técnicas emanadas del Ministerio de Salud, la **cantidad de recursos (financieros y humanos) que la entidad administradora municipal requiere para realizar el Plan de Salud Comunal que ha elaborado.** Los productos que debe contener esta programación operativa en atención primaria corresponden a los siguientes **(Ilustración 5)**:

Ilustración 5. Productos de la programación operativa en atención primaria devenida del Plan de Salud Comunal[8]



[8] Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2017. MINSAL. http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/BASES-CONCEPTUALES-PARA-LA-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-EN-RED-2017CUADERNILLO1.pdf

Esta programación Operativa se expresa en una **Matriz de Programación**[9], la cual puede ser en formato Excel o web, dependiendo de la estrategia propia de cada municipio o Servicio de Salud.

d. Dotación de personal: Es necesario identificar y tener registro del recurso humano con el cual se cuenta en atención primaria para poder realizar y desarrollar el Plan de Salud Comunal propuesto **(Ilustración 6)**. Para ello es clave identificar la categoría del recurso humano, el número de funcionarios a los que corresponde, número de horas semanales que aporta cada uno y la proporción de número de horas que aporta cada funcionario por persona inscrita en el centro de salud primaria.

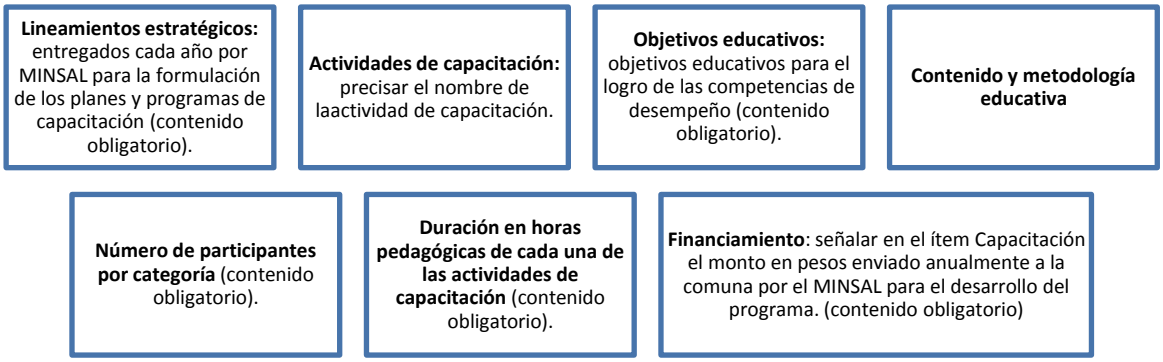
Ilustración 6. Formato sugerido para registrar los recursos humanos con los que se cuenta para llevar a cabo el Plan de Salud Comunal

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

e. Programa de Capacitación: De acuerdo al plan de acción estipulado para el año, es fundamental plantear un Plan de Capacitación que incluya las necesidades de capacitación del personal, especialmente orientado al fortalecimiento del Modelo de Atención y debe presentar por lo menos los siguientes elementos **(Ilustración 7)**:

[9] Instrumento de programación de actividades que contiene cartera de prestaciones y su implementación local mediante coeficientes técnicos.

Ilustración 7. Estructura sugerida para plantear Plan de Capacitación en atención primaria



Nota: Ha completado la revisión de los contenidos del Módulo 1. En el siguiente módulo profundizaremos en la Programación Operativa en el marco de la Atención Primaria de Salud.

Módulo 2: Programación Operativa en APS

Objetivos de la Programación Operativa en APS

Tal como fue abordado en el módulo anterior, la programación operativa organiza las actividades anuales de los establecimientos de salud de atención primaria, identificando, cuantificando y ordenando las necesidades de salud de la comunidad y los recursos humanos que se precisan.

En ese contexto, para el desarrollo de una programación operativa eficaz se debe considerar algunos aspectos básicos tales como:

- ✓ **El beneficio:** la programación operativa solo será útil en la medida que sea un instrumento válido y medible por el equipo de salud.
- ✓ **La relevancia:** la programación operativa debe entregar la **estimación de cuidados primarios de salud** de la población a cargo, la **estimación de recursos necesarios** (horas técnico profesionales) y la **oferta-brecha** para los cuidados primarios de manera exacta y detallada.

Además en términos prácticos debe[10]:

- ✓ **Ser Comprensible:** Para todos los usuarios internos y externos.
- ✓ **Ser Útil:** Que sea un instrumento válido y que efectivamente se pueda medir.
- ✓ **Ser Integral:** Que incluya los datos de todas las acciones que se realizan.
- ✓ **Ser Medible:** Basada en datos de fácil disponibilidad para su evaluación.
- ✓ **Ser Específica:** Que especifique solo la acción que se quiere realizar.

Orientación de programación operativa ¿A qué nivel programamos?

La programación operativa en atención primaria permite operativizar la planificación contenida en el Plan de Salud Comunal con el objeto de cumplir las actividades asistenciales y administrativas propuestas por el establecimiento y/o comuna, en base a las metas nacionales y al perfil epidemiológico local.

[10] Manual de Apoyo para la Programación de actividades de atención primaria en establecimientos del Servicio de Salud O´Higgins, año 2017.

No existe un único modelo de programación que deba ser empleado en atención primaria. Por el contrario, cada establecimiento de la red asistencial deberá determinar, de acuerdo a su contexto, qué criterios utilizará en su programación operativa y bajo qué modelo se amparará en esta construcción ajustada.

Para el desarrollo de la programación operativa, los equipos deben considerar las normas técnicas emanadas del Ministerio de Salud, las que señalan, entre otros aspectos, el tipo de prestaciones que se otorgan en atención primaria, las metas, las coberturas y concentraciones asociadas. De ese modo, las normas técnicas son ajustadas al contexto local municipal de acuerdo al escenario epidemiológico local, a la dotación de profesionales médicos y no médicos y la red local de salud en la cual participan.

Las principales áreas en las que la programación operativa se enfoca para operativizar la planificación de las prestaciones de salud son:

a. **Gestión de recursos humanos**: Refiere a la definición de la dotación necesaria de recurso humano (médicos y odontólogos, profesionales no médicos y técnicos paramédicos) requerida, según la programación de actividades definidas por las metas sanitarias, orientaciones técnicas, estructura de la demanda (derivada de la situación de salud de la población) y prioridades locales. También considera la oferta de prestaciones requeridas para llevar a cabo el proceso completo de resolución de un problema de salud. Además, se debe incorporar en la programación los tiempos necesarios para:

   - Reuniones de estamento.
   - Reuniones clínicas de los equipos de cabecera[11].
   - Reuniones de consejos técnicos y dirección del establecimiento, entre otras.

Estos puntos los ahondaremos en el cálculo de horas directas e indirectas, más adelante….

b. **Gestión de recursos financieros:** La programación debe velar y resguardar la disposición de recursos financieros para la ejecución de las actividades. Mediante esta gestión se determina:

[11] Se entiende como equipo de cabecera a la unidad básica de trabajo que establece una relación continua con la población a cargo y que permite la mejora en la calidad de la atención. Entre sus funciones esta: realizar diagnóstico de salud de su población a cargo, programar anualmente sus actividades, identificar brechas en las competencias necesarias para el trabajo con familias, evaluar familias en riesgo, realizar intervenciones, ser un mediador entre la comunidad y el intersector y trabajar de manera coordinada con otros equipos del centro de salud y de la red asistencial.

- El **nivel de intervención** en: promoción (factores protectores), prevención (factores de riesgo), tratamiento/intervención, curación y rehabilitación, individual o familiar, grupos, comunidades en conjunto con la comunidad local.

- Las **coberturas y rendimientos** del equipo de salud a nivel local, en función de criterios visados por el Gestor de Red, de acuerdo a la realidad local.

Elementos a considerar en la Programación Operativa

a. **Fuentes de datos:** Contribuyen a la caracterización de la población, por rango etario, sexo y otras condicionantes. Se trabaja principalmente con los datos aportados por FONASA, Departamento de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud, Registros Estadísticos Mensuales (REM) y los antecedentes propios con que cuenta el establecimiento de salud referidos a la situación epidemiológica. La información aportada por estas fuentes de datos cambia todos los años, por lo cual es fundamental mantener un seguimiento constante a los datos a modo de estar preparados para los cambios epidemiológicos y sanitarios que experimente la población a cargo.

b. **Días a programar:** Se deben tener claramente definidos los días considerados hábiles para ser trabajados en un año calendario. Es decir, a los 365 días del año se deben descontar: fines de semana, feriados, días administrativos, vacaciones, etc.

c. **Cálculo de las horas directas:** Las horas directas son el número de horas cronológicas día o jornadas por año necesarias para realizar una actividad clínica determinada. Se recomienda hacer el cálculo de estas horas por ciclo vital y determinando qué profesional o técnico las realizará.

d. **Cálculo de horas indirectas o administrativas**[12]: Las horas indirectas son el número de horas cronológicas día o jornadas por año necesarias para realizar una actividad no clínica u administrativa como, por ejemplo, las reuniones de equipo, consejos técnicos, horas de asesoría de programa, hora de almuerzo y otras actividades administrativas o de otra índole establecidas en común acuerdo con la entidad administradora de salud municipal.

e. **Balance de horas profesionales:** Corresponde al proceso de cuantificación de la cantidad de horas necesarias por profesional resultante de la suma del cálculo de las horas directas e indirectas. Al comparar este número con la dotación actual disponible, se puede calcular la brecha de recurso humano que se requiere para

[12]Indirectas, administrativas o de gestión.

llevar a cabo el Plan de Salud Comunal (brecha negativa o brecha positiva).

Conceptos a tener en consideración para proceder a la programación operativa

Para los cálculos que se requieren para llevar a cabo una programación operativa, es fundamental tener claridad en torno a las siguientes definiciones, las cuales se ordenan de acuerdo a las fases de cálculo en la matriz de programación (será visto en Módulo 3):

a. **Actividad o prestaciones:** Combinación y/o conjunto de tareas y/o intervenciones que se dirigen directamente a solucionar algunos problemas de salud de las personas, las familias o las comunidades del centro de salud primaria. Tienen diversos atributos, de los cuales los más importantes son: el tipo de intervención, la cantidad de intervenciones, la calidad de intervenciones, el contenido, la cobertura, la concentración y el costo unitario. Aquí, por ejemplo, se pueden detallar las actividades que están en el decreto del *per cápita* y su reflejo en el indicador del IAAPS o una prestación definida de un programa de reforzamiento.

b. **Población a atender o población objetivo:** Es la población que el programa tiene planeado o programado atender en un período dado de tiempo, pudiendo corresponder a la totalidad de la población potencial o a una parte de ella.

c. **Población**: Es el grupo de personas a las cuales está dirigida alguna intervención específica. Por ejemplo, si en la actividad "Control de salud del recién nacido", la población a considerar será todos los recién nacidos del centro de salud.

d. **Incidencia/prevalencia/tasa:** Incidencia es el número de casos nuevos relacionados con una patología específica en un período de tiempo dado. Prevalencia corresponde el número de casos totales de una enfermedad o patología en un período de tiempo dado. Tasa es el número de consultas o actividades realizadas durante el periodo de un año, para una población determinada.

e. **Cobertura:** Relación entre la población que ha recibido o que debería recibir una determinada intervención y la población total susceptible de dicha intervención. Se expresa habitualmente en porcentaje.

f. **Concentración:** Número de veces que una determinada intervención debe ser administrada sobre la población objetivo. Por ejemplo, la concentración del examen médico preventivo del adulto hombre corresponde, al menos, a una vez por año. Es decir, debe realizarse sobre los adultos hombres entre 20 y 44 años una vez al año.

g. **Meta actividades por año:** Es el cálculo matemático de una actividad ponderada por los otros factores: multiplicación de la **población** por su **incidencia/prevalencia** por la **cobertura** y por la **concentración**.

h. **Profesional que realiza la actividad o instrumento:** Combinación de "recursos humanos reales" con que se ejecutan las diversas actividades. Por ejemplo, enfermera o una visita domiciliaria podrá ser realizada por la dupla matrona-trabajador social.

i. **Rendimiento:** Número de veces que se realiza un tipo de actividad durante una hora cronológica por parte de un profesional médico, no médico o técnico paramédico.

j. **Horas día requeridas:** Número de horas necesarias en un día para realizar la actividad. Se construye a partir de la multiplicación de **la meta de actividades del año** por el **rendimiento** de la prestación y **dividido por el número de días a programar en un año**.

k. **Jornadas directas año:** Número de jornadas de un instrumento (profesional) necesarias en un año para realizar la actividad. Se construye a partir de la división de las horas día requeridas por una jornada de 44 horas.

Nota: Ha completado la revisión de los contenidos del Módulo 2. A partir del aprendizaje adquirido, en el siguiente módulo desarrollaremos un ejemplo de programación operativa para atención primaria.

Módulo 3: Pasos de la Programación Operativa en atención primaria

Pasos de la programación operativa

A continuación, se muestran los pasos lógicos a seguir para construir la programación operativa en atención primaria, según los problemas de salud que hayan sido priorizados, las intervenciones definidas (cartera de prestaciones) y las normas técnicas consignadas. En este sentido, especial atención deben recibir las orientaciones acerca del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, ya que se hace necesario adaptarlas a los desafíos y acciones locales para no perder de vista la consecución de los principios orientadores del Modelo de atención primaria: centrado en la persona, continuidad de los cuidados de salud e integralidad.

En general, todos los pasos aquí descritos son volcados en una matriz de programación operativa en formato Excel que hará los cálculos automáticamente para facilitar la tarea de programar.

Paso 1. Determinación de la población usuarios de salud a programar

Nuestro ejemplo será el CESFAM Santa Apolonia. Este CESFAM [13] tiene la siguiente población inscrita validada por FONASA en el año *t*, separada por grupo etario, destacando la población femenina y ciertos grupos programáticos tradicionales **(Tabla 1)**:

Tabla 1. Población inscrita validada por FONASA para el CESFAM Santa Apolonia

GRUPOS DE EDAD	NÚMERO DE INSCRITOS
TOTAL INSCRITOS	**29.215**
Total 0-9 Años	**3.482**
Sin información	**400**
< 1 años	**228**
1 año	**283**
2 años	**345**
3 años	**332**
4 años	**339**
5 años	**300**
6 años	**325**
7 años	**306**
8 años	**304**
9 años	**320**
Total 10-19 Años	**3.443**
10 años	**301**
11 años	**296**

[13] Utilizar Excel de ejemplo (anexo)

12 años	**338**
13 años	**322**
14 años	**340**
15-19 años	**1.846**
Total 20 y más años	**22.290**
20-24	**1.994**
25-29	**1.842**
30-34	**1.749**
35-39	**1.632**
40-44	**1.556**
45-49	**1.848**
50-54	**2.108**
55-59	**1.993**
60-64	**1.716**
65-69	**1.505**
70-74	**1.278**
75-79	**1.120**
80 y más	**1.949**

Sub-Total P. Femenina	**16.843**
Total 0-9 Años	**1.506**
Sin Información	**0**
< 1 años	**88**
1 año	**139**
2 años	**176**
3 años	**151**
4 años	**158**
5 años	**153**
6 años	**164**
7 años	**153**
8 años	**160**
9 años	**164**
Total 10-19 Años	**1.728**
10 años	**151**
11 años	**151**
12 años	**173**
13 años	**163**
14 años	**175**
15-19 años	**915**
Total 20 y más años	**13.609**
20-24	**1.105**
25-29	**1.080**
30-34	**1.103**
35-39	**972**
40-44	**968**
45-49	**1.092**
50-54	**1.257**
55-59	**1.247**
60-64	**970**

65-69	**933**
70-74	**791**
75-79	**717**
80 y más	**1.374**

OTROS GRUPOS PROGRAMÁTICOS	NÚMERO DE INSCRITOS
Pobl.Total 15 y más años	**24.136**
Pobl. Total 20 a 64 años.	**16.438**
Pobl. Total 65 y más años.	**5.852**
Pobl. Total 20 a 64 años 5%	**822**
Pobl. Total 20 a 64 años 20%	**3.288**
Pob. 20 y más años	**22.290**
Pobl.Total 15 y más años femenina	**14.524**
Pobl.Total 15 y más años masculina	**9.612**
Pobl.Total 15 y más años femenina (4,8)	**697**
Pobl.Total 15 y más años masculina (1,5)	**144**
Pobl.Total 15 y más años femenina (6%)	**871**
Pobl.Total 15 y más años masculina (3%)	**288**

Paso 2. Determinación de los días hábiles en atención primaria para programar

Luego, queremos determinar cuántos días hábiles debemos programas en nuestro CESFAM, es decir, cuántos días son días laborales. Para ello, se sugiere contabilizar toda la clase de alternativas de días hábiles que la entidad administradora de salud descontará **(Tabla 2).** Para el caso del CESFAM Santa Apolonia, se ha determinado que los días efectivos de trabajo durante el año entrante serán 221 días. Y con esta definición, será posible programar las acciones de nuestro CESFAM:

Tabla 2. Identificación de días hábiles e inhábiles para la programación operativa

DÍAS INHABILES DEL AÑO	NÚMERO DE DÍAS
Fines de Semana	104
Feriados	11
1/2 día pre-feriado Fiestas Patrias, Navidad y Año Nuevo	1,5
Capacitación	5
Vacaciones	15
Permisos Administrativos	6
Otros definidos por la entidad administradora	1,5
Total de días a restar	**144,5**
Días totales del año	**365**
Días a programar año	**221**

Solo se descuentan los días estándar para todos los funcionarios definidos por esta entidad administradora (aquí como ejemplo). Si existen funcionarios con más de 15 días de vacaciones (según antigüedad funcionaria) esos 5 o 10 días extra se consideran como un

factor individual por cada estamento, y se sugiere agregarlos en el cálculo de las horas indirectas.[14]

Una vez definidos los días a programar en el año, se debe realizar la conversión de estos días a jornadas laborales para poder ocupar este insumo en la planilla Excel de programación operativa. Por ejemplo, entendiendo que una jornada de un profesional no médico suele tener de 44 horas semanales, al dividirlo por 5 días de una semana genera 8,8 horas diarias de trabajo. Sin embargo, a estas horas diarias de trabajo se le deben restar los horarios de colación del profesional. Si consideramos que la normativa interna de la entidad administradora define que el horario de colación es de 45 minutos, este horario se debe restar a las horas de la jornada diaria. Es decir, el horario de colación representa 0,75 horas diarias que, al restarlas con las 8,8 horas diarias de la jornada de 44 horas, quedan 8,05 horas diarias disponibles para trabajar **(Tabla 3).**

Tabla 3. Ejemplo del cálculo de horas de trabajo hábiles de un profesional en el CESFAM Apolonia

JORNADA	44 horas semanales	33 horas semanales
HORAS DÍA	8,8 horas diarias	6,6 horas diarias
COLACIÓN	0,75 horas	0,5 horas
JORNADA DIRECTA	**8,05 horas diarias**	**6,1 horas diarias**

Paso 3. Cálculo de horas directas o clínicas

Para realizar el cálculo de horas directas o clínicas, es preciso identificar y definir las actividades, intervenciones o la cartera de prestaciones de salud destinada a la población a cargo. Esta definición está determinada por las normas técnicas y orientaciones otorgadas por el Ministerio de Salud como, por ejemplo, las actividades contenidas en el Plan de Salud Familiar II, los Programas de Reforzamiento de atención primaria (como por ejemplo, Tratamiento Más Sonrisas para Chile, actividades de la Unidad de Atención Primaria Oftalmológica – UAPO o sesiones del Programa Más Adultos Mayores Autovalentes) o por otras actividades de salud definidas y financiadas por la misma comuna.

[14] Esto es porque el 100% de los trabajadores tienen 5 días de feriado legal. Son solo algunos los que tienen 5 o 10 y esos se identifican de manera particular, y por eso se agregan en las horas indirectas

Las actividades corresponden a las acciones o intervenciones que se deben implementar para alcanzar los objetivos propuestos. Deben ser pensadas para abordar integralmente el problema de salud. Algunos ejemplos y tipos de actividades son las siguientes[15]:

a. Ejemplos de actividades de promoción a la salud

- Educación para la salud (individual y grupal)
- Visita Domiciliaria
- Consulta Social
- Reuniones con vecinos, usuarios, comisiones, asociaciones, instituciones educativas, deportivas otras

b. Ejemplos de actividades de prevención y protección específica

- Vacunaciones
- Consultas o controles (Medicina, Enfermería, Nutrición, Psicología, Social, Odontológica, etc.)
- 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

c. Ejemplos de actividades de curación y rehabilitación

- Diferentes consultas para atender la morbilidad por cada profesional del equipo de salud en consultorio o domicilio.
- 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. Ejemplo de actividades de participación y generación de auto responsabilidad individual y comunitaria

- Reuniones vecinales y comunales

[15] Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2017. MINSAL. http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/09/BASES-CONCEPTUALES-PARA-LA-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-EN-RED-2017CUADERNILLO1.pdf paginas 41-43

- 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.
- Creación de grupos de autoayuda.

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.

En general, es importante resguardar que las actividades sean:

- **Definidas conceptualmente**, es decir, especificar qué se entiende y cómo se describen cada una de ellas.
- **Descritas en la manera en cómo se van a desarrollar**.
- **Protocolos** que enuncien normas y procedimientos a la base de cada actividad.

En función a este último punto, referido a los protocolos de las actividades, es importante que se detallen los siguientes ámbitos **(Tabla 4):**

a. A quién se dirige la actividad: a personas sanas o enfermas.
b. Cómo la definimos conceptualmente: a qué corresponde la actividad (atención de salud, control, screening)
c. Instrumento: quién (profesional) ejecuta la actividad como recurso principal (médico, enfermera u otro) y como recurso alterno, como recurso simultáneo, etc.
d. Cómo se debe realizar: descripción del procedimiento.
e. Concentración: cuántas veces se ejecuta. Por ejemplo, el número de controles que debe tener un niño/a recién nacido al mes o al año. 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/a debe tener un control de salud en el período de neonato.
f. 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 por 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.

g. Cobertura: es decir, el porcentaje de población que se atenderá.
h. Se determina el lugar/es en que se desarrollará la actividad.
i. La actividad debe tener un medio de verificación que sea posible el monitoreo y evaluación. Por ejemplo: fuente REM.

Los **coeficientes técnicos** (estándares de **concentración, rendimiento y cobertura**) tradicionalmente están definidos en documentos nacionales definidos por el Ministerio de Salud (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.

Tabla 4. Ejemplo de protocolo de una actividad en atención primaria

PROTOCOLO DE LA ACTIVIDAD	
ACTIVIDAD	Control de Salud Integral de Adolescentes de 10 a 14 años
Corresponde a la atención de salud integral de adolescentes, que permite evaluar el estado de salud, el crecimiento y normal desarrollo, fomentando precozmente los factores y conductas protectoras e identificando tempranamente los factores y conductas de riesgo, así como los problemas de salud, con objeto de intervenir en forma oportuna e integral, con enfoque anticipatorio, participativo y de riesgo.	
POBLACIÓN ESTIMADA	Población inscrita validada de 10 a 14 años
INSTRUMENTO	Médico, Matrona / Enfermera con apoyo de Técnico Paramédico
CONCENTRACIÓN	1 control anual
RENDIMIENTO	2 por hora
COBERTURA	15% de la población adolescente 10 a 14 años, inscrita en el sistema público de salud. La cobertura está indicada en la Meta IAAPS definida por cada comuna
OBSERVACIONES Los controles registrados en adolescentes de 10 a 14 años se contabilizarán para meta IAAPS "Cobertura de Control de Salud Integral Adolescentes de 10 a 14 años." **REM A 01 SECCION D**	

Una vez que cada entidad administradora municipal ha definido los tipos de actividades que otorgarán a la población a cargo, estas deben ser asociadas a las prestaciones que se desprenden de cada una, así como la población a atender (o priorizar por un componente sanitario). Un ejemplo secuencial de esta matriz de programación operativa en atención primaria en formato Excel se desarrollará a continuación siguiendo con el caso del CESFAM

Santa Apolonia.[16]

1. Asociación entre la población inscrita y prestaciones definidas:

Tomando como ejemplo el protocolo de la actividad "Control de Salud Integral de 10 a 14 años, asociaremos la población inscrita mencionada en la actividad (inscritos validados de 10 a 15 años), que en el caso del CESFAM Santa Apolonia, los inscritos/as en dicho rango de edad corresponden a 1.597 adolescentes **(Tabla 5):**

Tabla 5. Asociación entre población inscrita y las prestaciones definidas a programar

Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

HORAS DIRECTAS AÑO

PRESTACIONES	POBLACIÓN A ATENDER	N°	PREVALENCIA O TASA
Control de Salud Integral del Adolescente	10 a 14 años	1.597	
Ingreso Control Prenatal	Población femenina de 15 a 19 años	915	0,039
Control Prenatal	Total Ingreso a Control Prenatal	36	

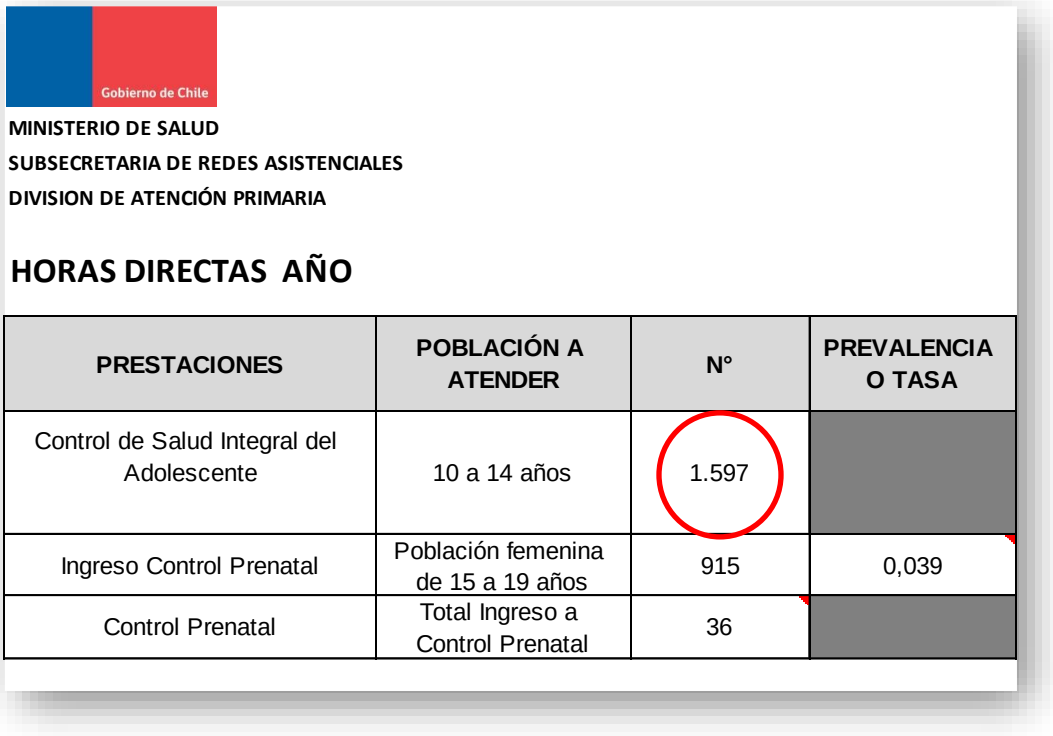
2. Determinación de coeficientes técnicos: incidencia, prevalencia, tasa:

La prevalencia/incidencia o tasa se utiliza en aquellos casos que nuestra base de datos de inscritos necesite ajustarse a alguna condición (ejemplo el porcentaje de casos esperados de esta prestación con la condición específica, como una enfermedad). Para el caso de la prestación del "Control de salud integral del adolescente",

[16] Utilizar matriz en Excel de ejemplo

Diferente es el caso del embarazo, condición fisiológica a la cual es preciso aplicarle cálculos de incidencia (número de casos nuevos registrados en un periodo de tiempo) o tasa (coeficiente que expresa la relación existente entre una cantidad y la frecuencia de un fenómeno) para poder programar y proyectar las atenciones que requerirá este grupo. Es así que como por ejemplo, para la actividad "Ingreso a Control Prenatal" la tasa de fecundidad promedio país al año 2015[17] llega a 39,31 por cada 1000 mujeres, equivalente al 3,93%. Si consideramos que la población femenina de 15-19 años de nuestro CESFAM Santa Apolonia es de 915 inscritas, el cálculo de este primer coeficiente técnico sería: **(Tabla 6)**

Tabla 6. Cálculo de prevalencia para la estimación de la población con la cual se harán cálculos de programación


Gobierno de Chile

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

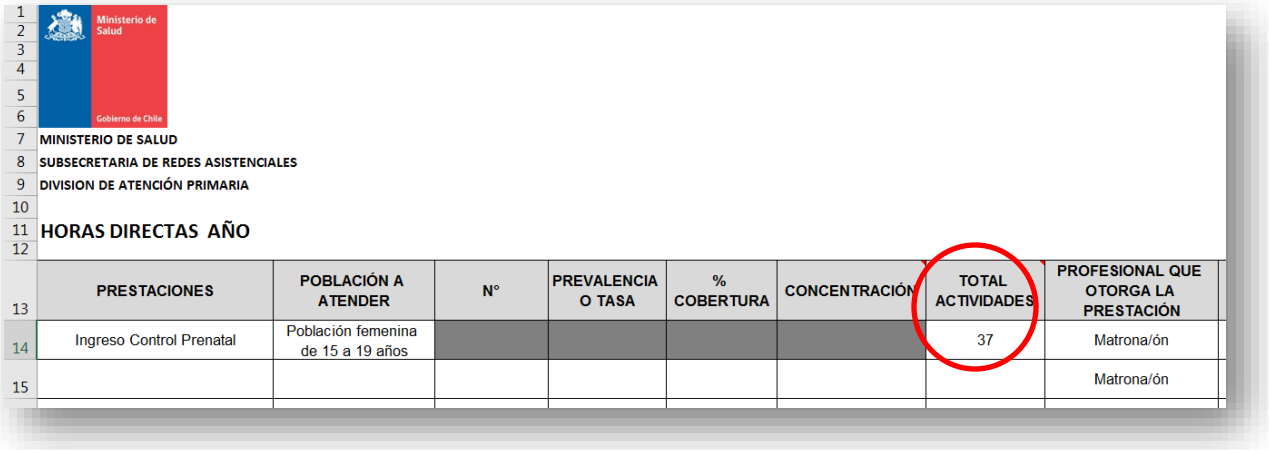
HORAS DIRECTAS AÑO

PRESTACIONES	POBLACIÓN A ATENDER	N°	PREVALENCIA O TASA
Control de Salud Integral del Adolescente	10 a 14 años	1.597	
Ingreso Control Prenatal	Población femenina de 15 a 19 años	915	0,039
Control Prenatal	Total Ingreso a Control Prenatal	36	

[17] Depto. Ciclo Vital, Programa Nacional de Salud Integral de Adolescentes y Jóvenes, a partir de base de datos DEIS, Ministerio de Salud. Tasa por 1000 mujeres de ese grupo etario

Es importante destacar que los equipos locales deben adecuar este promedio a la realidad local.

Otra forma de programar en el caso que no tengan datos fiables, es con el número de ingresos prenatales ingresados el año anterior e identificando las fluctuaciones de la población inscrita, se puede proyectar dicha cifra. En este caso, no multiplicaremos por el resto de los coeficientes técnicos (prevalencia/tasa; cobertura y concentración) pues es una proyección, y el dato se traspasa directamente al total de actividades a programar:



MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

HORAS DIRECTAS AÑO

PRESTACIONES	POBLACIÓN A ATENDER	N°	PREVALENCIA O TASA	% COBERTURA	CONCENTRACIÓN	TOTAL ACTIVIDADES	PROFESIONAL QUE OTORGA LA PRESTACIÓN
Ingreso Control Prenatal	Población femenina de 15 a 19 años					37	Matrona/ón
							Matrona/ón

3. Determinación de coeficientes técnicos: cobertura y concentración

Posteriormente, se describe qué cobertura de la población objetivo se pretende abordar en el CESFAM Santa Apolonia, es decir, qué proporción de la población objetivo debe cubrirse con la prestación de ejemplo. Esta proporción de cobertura generalmente está definida por las metas nacionales o son establecidas por la comuna **(Tabla 7). En este caso, las Orientaciones Técnicas del Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud (IAAPS) indican:**

Cobertura de control de salud integral a adolescentes de 10 a 14 años: **15%**

Si bien, en el proceso de fijación (IAAPS) de esta cobertura para este índice pueden existir variaciones locales (entre comunas) respecto a esta meta nacional, utilizaremos dicho porcentaje para nuestra plantilla de horas directas:

Tabla 7. Definición de la cobertura y concentración de las prestaciones a programar

MINISTERIO DE SALUD
SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES
DIVISION DE ATENCIÓN PRIMARIA

HORAS DIRECTAS AÑO

PRESTACIONES	POBLACIÓN A ATENDER	N°	PREVALENCIA O TASA	% COBERTURA	CONCENTRACIÓN
Control de Salud Integral del Adolescente	10 a 14 años	1.597		15%	1
Ingreso Control Prenatal	Población femenina de 15 a 19 años	915	0,039	1	1
Control Prenatal	Total Ingreso a Control Prenatal	36		100%	5

Cabe destacar que en este ámbito es fundamental el conocimiento de la oferta disponible por el establecimiento, ya que puede aumentar las coberturas en pos de un mejor desempeño programático.

La concentración (número de sesiones necesarias para desarrollar la actividad) puede obtenerse de dos formas:

- Según la norma técnica o el consenso comunal: por ejemplo, en nuestro caso la actividad "Control de Salud Integral "Control Joven Sano" de 10 a 14 años" indica en su orientación que se desarrolla en **1 control anual**. A su vez, existen otras actividades que, si bien no tienen una expresión tácita en alguna normativa, se producen consensos internos en el establecimiento o comuna con el aporte y experiencia de asesores Programáticos y Directivos para consensuar la concentración.
- Otra forma es mediante el observado: Llamaremos "observado" a aquel número o dato que podamos obtener de una fuente de datos del año o periodos previos para la actividad. Por ejemplo, el total de actividades registradas en una fuente de datos como "Control prenatal" (Por ejemplo en REM A05) si se divide por la cantidad de "Ingresos a Control Prenatal" (REM A01) nos indicará la concentración de controles

prenatales “observados” el año anterior para un CESFAM determinado, por ejemplo:

N° de controles prenatales: 1513, como se indica en el Excel descargable del DEIS:

Controles de salud sexual y reproductiva según tipo de control, por Establecimiento Servicio de Salud año 2016 (Datos preliminares)

Establecimiento											
Total Servicio de Salud			Por edad								
Tipo de control	Profesional	Total	5 - 9	10 - 14	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49
Preconcepcional	Médico	5	0	0	0	0	2	2	1	0	0
Centro de Salud Familiar Santa Apolonia											
Preconcepcional	Médico	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0
	Matrona / ón	26	0	0	0	6	8	5	5	2	0
Prenatal	Médico	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
	Matrona / ón	1.513	0	5	110	284	472	361	197	83	0
Post parto y Post aborto	Médico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Matrona / ón	20	0	0	0	1	5	9	2	2	1
Puérpera con recién nacido hasta 10 días de vida	Médico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Matrona / ón	142	0	1	8	33	36	30	26	8	0
Puérpera con recién nacido entre 11 y 28 días	Médico	4	0	0	0	0	1	2	1	0	0
	Matrona / ón	73	0	0	6	17	16	24	6	4	0
Ginecológico	Médico	28	0	0	0	3	1	0	1	0	1
	Matrona / ón	1.218	0	3	3	22	52	52	56	98	122
Climaterio	Médico	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	Matrona / ón	43	0	0	0	0	0	0	0	0	9
	Médico	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

N° de Ingresos prenatales: 305

Ingresos de gestantes a programa prenatal, por Establecimiento Servicio de Salud , año 2016 (Datos preliminares)

Establecimiento	Acumulado Enero - Diciembre									
Total Servicio de Salud		POR DE EDAD (en años)								
CONDICIÓN	TOTAL	Menor de 15	15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 34	35 - 39	40 - 44	45 - 49	50 - 54
Centro de Salud Familiar Santa Apolonia										
Total Gestantes Ingresadas	305	1	23	53	106	69	38	15	0	0
Primigestas Ingresadas	130	1	21	39	47	20	5	3	0	0
Gestantes ingresadas antes de las 14 semanas	280	0	21	47	99	66	34	13	0	0
Gestantes con ecografía antes de las 20 semanas	170	1	16	25	56	46	18	8	0	0
Gestantes con embarazo no planificado	176	1	21	30	58	37	18	11	0	0
Total gestantes con examen de chagas realizado	148	1	13	31	42	38	17	6	0	0

Por lo tanto, la concentración observada el 2016 fue de 1513/305= 4,9

4. Determinación del total de actividades, % por instrumento y el rendimiento:

El total de actividades corresponde a la multiplicación de la población objetivo por la prevalencia o tasa (de no ser ocupada no participa en la multiplicación) por la cobertura y por la concentración **(Tabla 8)**:

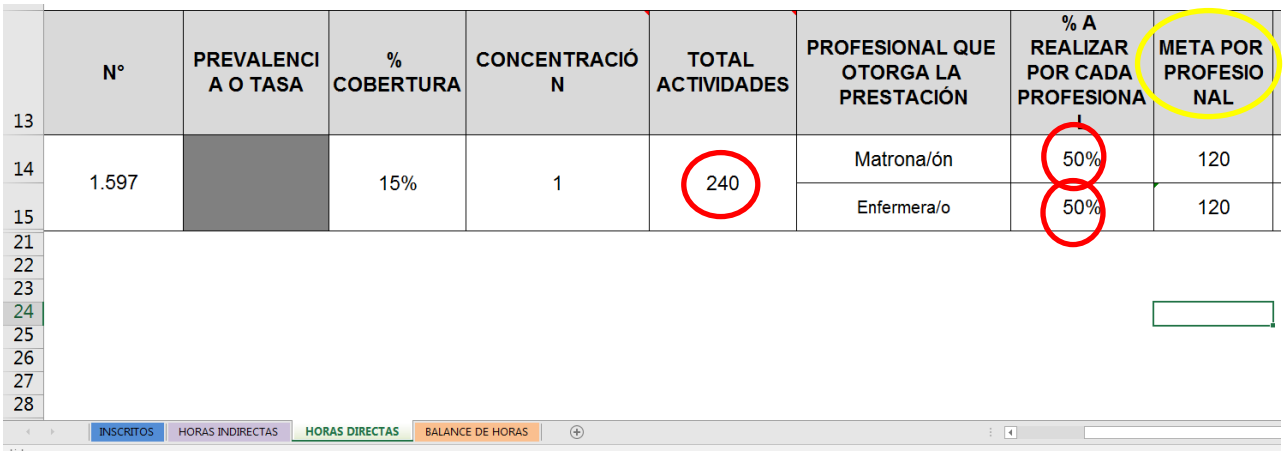
Tabla 8. Definición del total de actividades a realizar

PRESTACIONES	POBLACIÓN A ATENDER	N°	PREVALENCIA O TASA	% COBERTURA	CONCENTRACIÓN	TOTAL ACTIVIDADES
Control de Salud Integral del Adolescente	10 a 14 años	1.597		15%	1	240

Este total de actividades, para muchos programas, puede ser desarrollado por uno o más profesionales. En el caso del "Control de Salud Integral del Adolescente", por ejemplo, éste puede desarrollarse por "Médico, Matrona / Enfermera con apoyo de Técnico Paramédico".

Supongamos (solo como ejemplo didáctico para esta cápsula) que vamos a programar la realización de este control por dos profesionales; Matrón/a y Enfermera/o.

El total de actividades calculado anteriormente (240 Controles del Joven Sano de 10 a 14 años), debe dividirse en aquellos porcentajes que se le otorgarán a cada profesional, en este caso el CEFAM indica que cada uno realizará el 50% de las actividades comprometidas:



	N°	PREVALENCIA O TASA	% COBERTURA	CONCENTRACIÓN	TOTAL ACTIVIDADES	PROFESIONAL QUE OTORGA LA PRESTACIÓN	% A REALIZAR POR CADA PROFESIONAL	META POR PROFESIONAL
13								
14	1.597		15%	1	240	Matrona/ón	50%	120
15						Enfermera/o	50%	120
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								

INSCRITOS | HORAS INDIRECTAS | HORAS DIRECTAS | BALANCE DE HORAS

De la multiplicación del total de actividades por el peso porcentual asignado, obtendremos la ***"meta por cada profesional".***

Posteriormente para conocer el ***rendimiento de la actividad***, en este caso, ya está en la

normativa del programa (2 por hora) es decir, cada una de ellas durará 30 minutos **(Tabla 9)**:

Tabla 9. Rendimiento para la actividad "Control de Salud Integral del adolescente de 10 a 14 años" en CESFAM Santa Apolonia

TOTAL ACTIVIDADES	PROFESIONAL QUE OTORGA LA PRESTACIÓN	% A REALIZAR POR CADA PROFESIONAL	META POR PROFESIONAL	RENDIMIENTO PROFESIONAL (HR)
240	Matrona/ón	50%	120	2
	Enfermera/o	50%	120	2

Como memotecnia para el cálculo del Rendimiento, siempre colocar en el numerador 60 (equivalente a 60 minutos= 1 hora) y en el denominador expresar en minutos el tiempo de duración de la actividad. En este ejemplo **60/30= 2**.

En otros casos, como una visita domiciliaria integral programada en 1,5 horas, el rendimiento sería: **60/120= 0,5**

5. Cálculo de las horas día requeridas y jornadas directas año:

A continuación, se muestra la organización de la información generada en los puntos anteriores. Considerando que contamos con la planilla Excel que estructura la matriz de la programación operativa, aquí se vuelca toda la información que permitirá obtener el cálculo final de las jornadas directas al año requeridas y las horas diarias requeridas para ejecutar las actividades que hemos planificado **(Tabla 10):**

Tabla 10. Cálculo de horas días profesional y jornadas directas anuales

				220	8,05
PROFESIONAL QUE OTORGA LA PRESTACIÓN	**% A REALIZAR POR CADA PROFESIONAL**	**META POR PROFESIONAL**	**RENDIMIENTO PROFESIONAL (HR)**	**Horas Día requeridas**	**Jornadas Directas Año**
Matrona/ón	50%	120	2	0,272	0,03381564
Enfermera/o	50%	120	2	0,272	0,03381564

De modo desagregado, cada celda implica lo siguiente:

Horas día requeridas: Divida el total de actividades por el rendimiento y luego por los días hábiles disponibles para ejecutar la actividad. En el caso de nuestro ejemplo, tenemos 120 actividades de "Control de Salud Integral del adolescente de 10 a 14 años" tanto para el profesional Matrón/a como para Enfermera/o, las cuales deben dividirse por el rendimiento de éstas (es decir, 2 controles por hora) y luego por los 220 días hábiles para el año que programa nuestro CESFAM Santa Apolonia (120/2/220= 0.272)

Jornadas Directas Año: Divide las horas días requeridas por las horas de una jornada diaria las cuales excluyen el horario de colación. En el caso de nuestro ejemplo sería 0,272/8.05 = 0,033 jornadas

Esto quiere decir que se necesitan 0.033 jornadas de Matrón/a y 0.033 jornadas de Enfermera/o al año para realizar un 15% de cobertura del "Control de Salud Integral del Adolescente" en el CESFAM Santa Apolonia.

Paso 4. Cálculo de horas indirectas o administrativas

Tal como calculamos las horas requeridas de las actividades clínicas, se debe realizar el mismo proceso para toda aquella actividad de índole administrativa, de gestión o indirecta

Para balancear las horas directas estimadas con las horas indirectas que cada profesional tiene y así detectar si existen brechas que cubrir en nuestra programación, se propone volcar datos tal como se menciona en la **Tabla 11**:

Tabla 11. Calculo de horas indirectas

ACTIVIDAD	ASISTEN	HORAS	ACUERDO COMUNAL/LOCAL[18]	Observaciones	Matronas
Horas Lactancia	Profesionales	1 horas diaria	De acuerdo a los casos en cada centro		220,0
Feriados Legales mayor a 15 días	Según años servicio	5 -10 días	De acuerdo a los casos en cada centro		241,5
Capacitaciones Programadas	Todos	Determinar según corresponda	De acuerdo a los casos en cada centro		120,8
Consejo Técnico	Equipos Directivos de Cada CES.	5 horas mes (2,5 horas cada 15 días)	Enviar tabla y acta de cada reunión al área de salud. Incorporar encargada de Promoción y Participación.		55,0
Asesoría Técnica / Jefe de Sector	Profesionales con Resolución	1 hora diaria / 3 horas Jefe Sector			220,0
Cargos Directivos	Profesionales	Jornada Completa			0,0
Reuniones Técnicas	Equipo Salud Sexual y Reproductiva	3 horas Bimensuales			15,0
Total Horas Indirectas					872,3

En este caso obtendremos un número total de horas indirectas (no presentadas aún como horas/día o jornadas/año), en este caso hipotético obtuvimos 872 horas indirectas para este profesional que, en el siguiente paso denominado “Balance de Horas” las traspasaremos a jornadas.

Paso 5. Balance de horas

El balance de horas es el ejercicio aritmético resultante entre el número de jornadas directas y el número de jornadas indirectas o administrativas por cada profesional.

Siempre deberá en este paso fijarse que este comparando jornadas/año u horas/día entre ambos cálculos de horas (directas e indirectas).

[18] Esto en base a acuerdos u otros definidos por cada Entidad Administradora Municipal. Aquí solo como ejemplo.

Como en nuestro ejemplo, en el cálculo de horas indirectas o administrativas lo expresamos en horas totales, en este paso como primer proceso lo llevamos a horas indirectas por día:

CESFAM SANTA APOLONIA	Matronas
TOTAL HORAS IND. AÑO	872,3
Horas Indirectas por día (Hrs. Indirectas/ Días a Programar en año)	4,0

Horas indirectas por día: Para llevar a horas indirectas por día, se dividen el total resultante de horas indirectas (paso 4) por el número de días a programar en el año, en este caso 220 días= 4

Luego, este dato resultante, lo llevamos a **jornadas indirectas,** donde se calculan dividiendo las horas indirectas por día, por una jornada disponible para trabajar, que en el caso del CESFAM Santa Apolonia corresponde a 8,05 horas:

CESFAM SANTA APOLONIA	Matronas
Horas Indirectas por día (Hrs. Indirectas/ Días a Programar en el año)	4,0
Jornadas Indirectas	0,49

En este caso, el cálculo equivale a 0.49 Jornadas Indirectas.

Una vez que tenemos expresadas en Jornadas, tanto las horas Directas como Indirectas, realizamos el Balance:

CESFAM SANTA APOLONIA	Matronas
Jornadas Indirectas	0,49
Jornadas Directas	0,12
Necesidades año	0,61
Dotación Actual	1,00
DELTA	0,39

Donde:

Necesidades por año: correspondes a la suma de las jornadas directas más las indirectas. En este caso hipotético 0.61 jornadas.

Aquí expresamos la cantidad de jornadas que tenemos contratadas en el CESFAM para el mismo instrumento= 1

Por lo que el Balance correspondería a Necesidad: 0.61 Oferta: 1, por lo tanto, la brecha es de **0,39 jornadas**.

En este ejemplo, quedarán disponibles 0,35 jornadas de Matrón/a 44 horas en el CESFAM. En estos Casos, el Gestor comunal puede aumentar coberturas a actividades ya programadas (ejemplo, control del adolecente a más del 15%), aumentar % de actividades en otro instrumento (Ej. Nutricionista para algunos EMP en mujeres que fusen programados a Matrón/a) o definir otros lineamientos (cartera de prestaciones) locales.

Paso 5. Evaluación de Programación Operativa

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

Los objetivos de la evaluación son:

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

Se determinan:

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

La evaluación también puede ser de tipo cuantitativa, y en específico, sobre el cumplimiento de las actividades programadas o planificadas en la programación operativa. Se recomienda realizar una evaluación semestral y anual de las actividades programadas

Nota: Ha completado la revisión completa de la cápsula de Programación Operativa.

ANEXO

ANEXO Nº 1: Plan de Salud Comunal y fechas afectas a la Ley 19.378

Plan De Salud Comunal, Principales Hitos Definidos En La 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(*)		
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	10(*)
e) entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre.				30

Nota:

(*): Contados desde la recepción