ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2022

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

2021

© MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

ÍNDICE

INTRODUCCION 5

CAPITULO I. BASES CONCEPTUALES 7

1.1. ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED 7

1.2. ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA 10

1.3. OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020 10

1.4. DESDE ALMA ATA A LA PARTICIPACION SOCIAL 15

1.5. SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD. 17

1.5.1. Marco Legal 17

1.5.2. CALIDAD Y SEGURIDAD ASISTENCIAL 19

1.5.3. DESARROLLO DE UN MODELO BASADO EN LA CULTURA DE CALIDAD Y SEGURIDAD CON PERSPECTIVA DE MEJORA CONTINUA 21

CAPÍTULO II. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS) 23

2.1. DESAFÍOS DEL TRABAJO EN RED 25

2.2. LOS DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN CHILE 25

2.3. PROCESO DE DISEÑO DE LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD 27

CAPÍTULO III. MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA 28

3.1. PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA 29

3.2. CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA, CON ÉNFASIS EN LA MULTIMORBILIDAD 30

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN 34

4.1. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA 34

4.2. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN 34

4.3. FASES DE LA PLANIFICACIÓN 36

4.3.1. DIAGNÓSTICO 36

4.3.2. PLAN DE ACCIÓN 42

5.3.3. EVALUACIÓN Y MONITOREO 43

4.4. PLAN DE SALUD COMUNAL 44

4.4.1. Diagnóstico de la situación comunal: desarrollado en el punto 5.3.1 44

4.4.2. Plan de cuidados de salud de la población 44

4.4.3. Dotación personal 44
4.4.4. Plan de Participación 47
4.4.5. Programa de Capacitación 49
4.4.6. Cronograma del proceso de planificación 49
CAPÍTULO V. PROCESO PROGRAMÁTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA 51
5.1. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN EN ATENCION PRIMARIA 52
5.1.2. ACTIVIDADES A PROGRAMAR 53
5.1.3. EJEMPLO MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 54
5.2. PROPUESTA PLAN DE TRABAJO "PROCESO PROGRAMÁTICO" 54
5.2.1. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES 66
5.3.1. Estimación de recursos necesarios 71
5.3.2. Estimación de la demanda
5.4. EVALUACIÓN Y MONITOREO 71
CAPITULO VI. COORDINACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL USUARIO 75
6.1. RECOMENDACIONES DE COORDINACIÓN 77
CAPITULO VII. PROGRAMACIÓN EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO 77
7.1. PROGRAMACIÓN DESDE LA DEMANDA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO 79
7.2. PROGRAMACIÓN DESDE LA OFERTA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO 79
7.3. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA 86
7.4. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN CERRADA 86
7.5. ESTÁNDARES SUGERIDOS PARA PROGRAMACIÓN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA 89
7.6. PROGRAMACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS: 90
DESCRIPCION DOCUMENTO 91
Glosario 93
COLABORADORES 98

INTRODUCCIÓN

Durante este tiempo que hemos vivido en pandemia, los equipos de salud han tenido que reorganizarse y priorizar atenciones de urgencia por sobre las atenciones habituales en los establecimientos de salud. En este contexto, hemos debido trabajar en coordinación con toda la Red Asistencial para dar respuesta a la alta demanda de la población por Covid-19 y otras patologías, incluyendo en nuestro accionar a quienes forman parte de la red de instituciones privadas.

Como parte de nuestro quehacer, hemos incorporado la atención remota en salud y la atención en domicilio para aquellos grupos prioritarios, a quienes por resguardo y protección no hemos logrado entregar una atención presencial en los establecimientos de salud.

El escenario de crisis producto de la pandemia también impactó significativamente en la atención de consultas, controles y pesquisa precoz de enfermedades. Esto generó un aumento de listas de espera y extendió considerablemente los tiempos de las intervenciones quirúrgicas en los establecimientos hospitalarios.

Considerando que la pandemia nos enfrenta a nuevos paradigmas y que la forma en que entregamos salud ya no será la misma -teniendo en cuenta el rol normativo del Ministerio de Salud, según la Ley N.º 19.937 y el mandato legal establecido en la Ley N.º 19.378 del Estatuto de Atención Primaria -, es necesario precisar que, al igual que todos los años, ponemos a disposición de los equipos de salud las Orientaciones de Planificación y programación en Red para el año siguiente.

El presente documento es un conjunto de orientaciones técnicas que fortalecen el Modelo de Atención Integral en Salud y el trabajo en Red de los distintos dispositivos de la Red Asistencial, las que permitirán el desarrollo de acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación de nuestra red sanitaria y que forman parte del Plan Nacional de Salud Mental, Plan Nacional del Cáncer, Plan Nacional de Obesidad y Plan Nacional de Envejecimiento.

Se incorpora el enfoque de ruralidad en la atención, de manera que mediante atenciones remotas y de telemedicina sea posible resolver las brechas en atención de salud en gran parte del territorio, sobre todo en poblaciones apartadas con problemas de accesibilidad, facilitando el acceso a los servicios y un gran ahorro de costos para el paciente.

Este documento además refuerza el enfoque intercultural en las atenciones de todo el curso de la vida, tanto de pueblos originarios como de personas migrantes, con el objetivo de disminuir las barreras de acceso y garantizar el derecho a una salud digna de todos los habitantes del país.

Uno de los ejes fundamentales del Modelo de Atención Integral en Salud es la participación de las comunidades en la abogacía, control social y toma de decisiones respecto de su propia salud y la de sus integrantes. La participación de líderes sociales y el empoderamiento de los mismos en instancias y espacios estructurados implican una mejora continua de los procesos, mayor control social y satisfacción usuaria.

Estamos convencidos que las orientaciones de este documento nos permitirán seguir avanzando y fortaleciendo el rol que cumple la Atención Primaria, para que podamos mejorar el acceso y dar satisfacción a las necesidades de salud de la población, de acuerdo al marco normativo vigente y la ejecución de actividades de salud en nuestra red sanitaria.

Para el año 2022, la programación en Red nos plantea los siguientes desafíos:

1. Destacar la importancia de considerar la salud desde la perspectiva de curso de vida, con estándares de seguridad y calidad en la atención de salud.
2. Avanzar en la implementación de una nueva estrategia de atención para pacientes con múltiples patologías crónicas, la cual aspira a ofrecer cuidados integrales, continuos y centrados en las personas, garantizando la calidad y eficiencia en las atenciones. Todo esto, para responder a las necesidades que genera la cronicidad en los pacientes, sus cuidadores, los equipos de salud y la población en general.
3. Integrar las acciones del sector salud con las del intersector, para mejorar la situación sanitaria de la población.
4. Avanzar en la implementación de la telemedicina y reforzar las atenciones remotas de los distintos profesionales del equipo de salud.
5. Avanzar en la implementación del Plan Nacional del Cáncer, considerando el proceso de los pacientes en la Red, desde la pesquisa a la rehabilitación y cuidados paliativos.
6. Incorporar lineamientos y estrategias de Salud Mental para apoyar a los funcionarios que durante la pandemia han mantenido una presión constante, y a los usuarios que han sufrido trastornos emocionales debido al confinamiento y cambios en sus rutinas de vida.
7. Incorporar una visión a corto plazo, a través de la Programación Anual de la Red, y a mediano y largo plazo mediante una Planificación de la Red Asistencial, incorporando la participación social en el proceso.

Estas Orientaciones pretenden ser un aporte a la integración y al trabajo en Red, permitiendo mejorar la atención y satisfacción de nuestros usuarios. Agradecemos a todos los profesionales del Ministerio de Salud y de las redes de atención que contribuyeron en su elaboración. Quisiera destacar también el aporte de la comunidad, representada por sus líderes sociales en los Servicios de Salud, quienes aportaron con sus acciones y opiniones a mejorar nuestra red sanitaria.

Aún tenemos muchos desafíos por delante, pero sabemos que con el trabajo colaborativo de todos y la incorporación de estas indicaciones a nuestro quehacer, podremos mejorar la calidad de vida de la población, ofreciéndole una atención oportuna y digna a todos los usuarios/as del país que la requieran.

Alberto Dougnac Labatut
Subsecretario de Redes Asistenciales

CAPITULO I. BASES CONCEPTUALES

La sociedad espera que, en el ámbito de la Salud Pública, el Estado tenga como rol ser garante del derecho fundamental a la salud. Para poder garantizar este derecho, el Estado, a través de sus diferentes instituciones y niveles, actúa en los ámbitos de promoción, protección, prevención y recuperación de la salud, llevando a cabo las siguientes funciones y actividades esenciales:

- Monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud de las personas y 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 organismo tanto de las redes asistenciales como de la autoridad sanitaria, debe desarrollar procesos planificados, integrados, sistemáticos, integrales y participativos de gestión de los servicios, de acuerdo a su ámbito y nivel de competencia.

1.1. 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 con énfasis en salud familiar y comunitaria en APS, incorporando el sistema de protección social a grupos prioritarios (infancia y personas mayores) y basado en las características socio demográficas de la población, con una tendencia creciente al envejecimiento. Será una condición necesaria e impostergable, instalar en cada nivel gerencial y operativo un modelo de gestión que ante cualquier nueva situación o circunstancia fuera de plan, cítese como radical ejemplo el evento de pandemia del año 2020, que explicite como mínimo:

- Los actores a nivel correspondiente.
- Actividades y prestaciones impostergables, modificables y aplazables
- Identificación de la infraestructura de la red y su cualificación de ser necesaria una eventual adecuación de su funcionalidad en condiciones especiales
- Lugares comunitarios o del intersector alternativos de atención entrega de prestaciones asistenciales de salud.
- Medios de comunicación, y coordinación, procedimientos.
- En el proceso de programación en red, cada actor tiene una función específica, entre las principales, podemos señalar:

MINISTERIO DE SALUD

- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:

  1. La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.

  2. La definición de objetivos sanitarios nacionales.

  3. La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.

  4. La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud.
- Contribuir a que todas las políticas, programas, documentos y acciones del Ministerio de Salud, incorporen perspectiva de género y derechos humanos, favoreciendo así la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y la efectiva realización de los derechos en salud de la población.
- Le corresponderá, de acuerdo con 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

- Velar por el cumplimiento de las normas, planes, programas y políticas nacionales de salud fijados por la autoridad. Asimismo, adecuar los planes y programas a la realidad de la respectiva región, dentro del marco fijado para ello por las autoridades nacionales.
- Velar por la debida ejecución de las acciones de salud pública por parte de las entidades que integran la red asistencial de cada servicio de salud y, en su caso, ejecutarlas directamente, o mediante la celebración de convenios con las personas o entidades que correspondan.
- Evaluar el nivel de cumplimiento de las metas fijadas a las entidades administradoras de salud municipal y sus establecimientos, conforme a lo dispuesto en el artículo 4º de la ley Nº 19.813.
- Integrar la comisión que revise las dotaciones de atención primaria, en caso de que la propuesta desarrollada por las entidades administradoras para fijarlas no haya sido aprobada por el respectivo Servicio de Salud.

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.
- Su rol es la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.
- 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.
- Respecto a la atención primaria de salud municipal, a los Servicios de Salud les corresponde liderar los procesos en su rol de gobernanza como, por ejemplo: observar la fijación de la dotación de atención primaria, integrar las comisiones de concursos de establecimientos de APS de las comunas de su jurisdicción, transferencia del aporte estatal y de los recursos de programas mediante convenios.
- El gestor de red dispone de distintas instancias para facilitar la articulación de la red asistencial. uno de ellos, es el consejo de integración de la red asistencial (CIRA). Este consejo, está constituido por representantes de establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención y privados, que integren la red asistencial del servicio y presidido por el gestor de red. Tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud, los hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos de dependencia del servicio o establecimientos de dependencia municipal. asimismo, le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas que presenten nodos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SALUD MUNICIPAL

- Le corresponderá formular el plan de salud comunal. Se entenderá por éste al programa anual de actividades formulado por la entidad administradora en base a las programaciones de los establecimientos respectivos, el que contendrá las estrategias de salud a nivel comunal, enmarcadas en el plan de desarrollo comunal y en las normas técnicas del Ministerio de Salud[1].

Este programa deberá contener a lo menos los siguientes aspectos:

1. Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y líneas programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades fijadas por los Servicios de Salud respectivos.
2. Diagnóstico comunal participativo de salud actualizado.
3. Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente.
4. El escenario más probable para la salud comunal en el período a programar.
5. Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad y a la

intervención e importancia social.

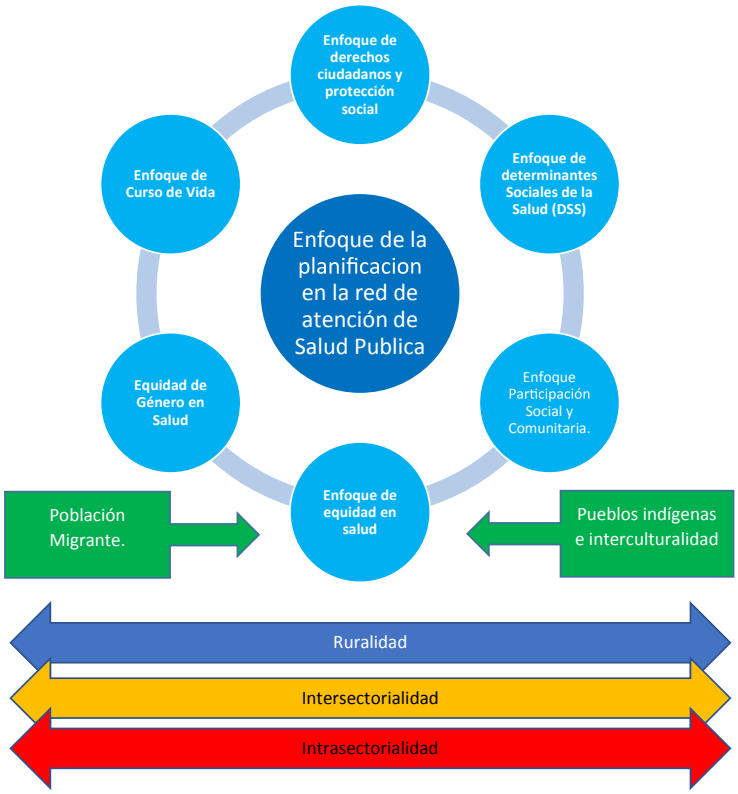
6. Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas: acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa, y acciones curativas.
7. Indicadores de cumplimiento de metas programadas.
8. Plan de Participación acorde con los problemas detectados en el Diagnostico Participativo desarrollado.

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

1.2. 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. Anexo Nº1

FIGURA Nª 1. ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP 2021

1.3. OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020

El Ministerio de Salud entre sus funciones rectoras establece la definición de los Objetivos Sanitarios Nacionales, y la coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los mismos, esto con el propósito de guiar el accionar del sector en pos de la salud de la población. Para esto se requiere una visión amplia de la salud bajo la perspectiva de su 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 sólo sectoriales.

El proceso de formulación de los Objetivos Sanitarios de la Década 2021 – 2030 sufrió una adecuación debido a la emergencia sanitaria mundial por COVID-19 y el año 2020 debió readaptarse para responder al contexto y se encuentra próximo a su culminación. Cabe señalar que para esta década producto de los procesos evaluativos se realizaron ajustes a los OSD de las décadas anteriores y en Resolución Exenta N°528 se aprobó lo siguiente:

Objetivos Sanitarios para el periodo 2021-2030:

- Mejorar la salud y bienestar de la población.
- Disminuir las inequidades.
- Asegurar la calidad de la atención en salud.
- Avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables.

Durante la década anterior, se trabajó un sistema de planificación en el cual se definió un plan de implementación, seguimiento y evaluación que incluye definición de indicadores, actividades, recursos y responsables; en el cual se integró los distintos niveles de la organización de salud para avanzar en la formulación y gestión efectiva de las metas, este sistema tendrá continuidad en el nuevo Plan Nacional de Salud.

Este trabajo se traduce en la elaboración de la cadena de resultados de las diversas temáticas de salud que se abordan en el plan. De este modo se determina que para el logro de los cuatro objetivos sanitarios existen siete ejes estratégicos, compuestos por los distintos temas de salud, para los cuales se establecen objetivos de impacto y resultados esperados con sus respectivos indicadores, las que se miden a través de indicadores específicos, además se presenta en esta cadena los resultados inmediatos, que se corresponden a su vez con la identificación de actividades, intervenciones clínicas o procesos organizacionales, que permitan ir avanzando en el cumplimiento adecuado de los OSD.

Para avanzar en la consecución de los resultados formulados en la Estrategia Nacional de Salud (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.

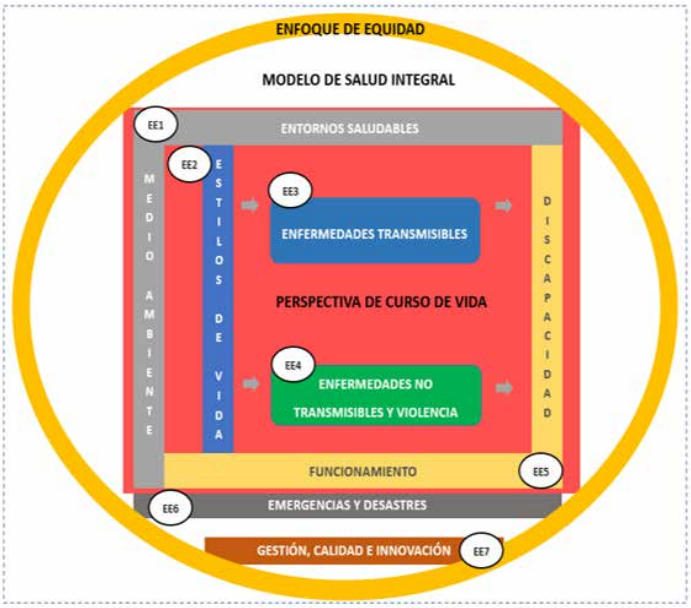
1.3.1. CADENA DE RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

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.	

1.3.2. EJES ESTRATÉGICOS Y TEMAS DE SALUD AL 2030

Se presentan a continuación los Objetivos Sanitarios de la Década (OSD), con sus ejes estratégicos, indicando los temas que en cada uno se abordan.

EJE1 MEDIO AMBIENTE Y ENTORNOS SALUDABLES	EJE2 ESTILOS DE VIDA	EJE3 ENFERMEDADES TRANSMISIBLES	EJE4 ENF CRONICAS NO TRANSMISIBLES Y VIOLENCIA
•CONDICIONES SANITARIO AMBIENTALES (AGUA,AIRE,RESIDUOS,AREAS VERDES Y OTROS) •SALUD OCUPACIONAL •SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	•ALIMENTACION SALUDABLE •ACTIVIDAD FISICA •CONSUMOD E TABACO •CONSUMOD E ALCOHOL •CONSUMOD E DROGAS •SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA •SALUD MENTAL	•TUBERCULOSIS •VIH/SIDA •TRANSMISIBLES EN ELIMINACION •ZOONOTICAS •INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS •RESISTENCIA ANTIMICROBIANA	•ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES •CANCER •DIABETES MELLITUS •ENFERMEDAD RENAL CRONICA •OBESIDAD •ENFERMEDADES RESPIRATORIASC RONICAS •TRASTORNOS BUCODENTALES •TRASTORNOS MENTALES •VIOLENCIA



Fuente: Departamento Estrategia Nacional de Salud. DIPLAS.MINSAL.2020 METODOLOGIA FORMULACION OSD 2021-2030: MARCO CONCEPTUAL.

EJE5 FUNCIONAMIENTOY DISCAPACIDAD	EJE6 EMERGENCIAS Y DESASTRES	EJE7 GESTION,C ALIDAD E INNOVACION
• DESARROLLO INTEGRAL INFANTIL •ESPECTRO AUTISTA •ALTERACIONES MUSCULOESQUÉLETICAS •ARTRITIS REUMATOIDEA •ENFERMEDADES RARAS O POCO FRECUENTES •ACCIDENTES DET RÁNSITO •DEPENDENCIA SEVERA	•RIESGO DE DESASTRES •GESTIÓN DEL RIESGO •RESILIENCIA DEL SECTOR •CAMBIO CLIMÁTICO	• GESTIÓN DEL PERSONAL •INFRAESTRUCTURA Y EQUIPAMIENTO •TECNOLOGÍA E INFORMACIÓN EN SALUD •FINANCIAMIENTOD EL SECTOR •PARTICIPACIÓN SOCIAL •SALUD DIGITAL •DONACIÓN Y TRASPLANTED E ORGANOS Y TEJIDOS •SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Actualmente se encuentran en desarrollo las mesas técnicas por tema de salud priorizado que están conformadas por actores del sector, intersector y ciudadanía organizada. En estas mesas se definirán objetivos y desafíos de la década y las principales acciones a implementar para conseguir los objetivos. Posterior a la formulación de dichos objetivos, que se denomina cadena de resultados, se definen Indicadores y Metas, proceso que será finalizado en el segundo semestre del 2021.

1.3.3. EVALUACIÓN ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

De acuerdo con la OMS, una Estrategia Nacional de Salud sólida es aquella que se basa en un análisis y una respuesta al contexto, creada de manera participativa y transparente, acompañada por un marco de financiamiento y auditoría y depende de mecanismos sólidos de monitoreo y evaluación.

Al igual que en la década anterior y como parte de la gestión integral, el componente de la evaluación se hace imprescindible para revisar el estado de avance hacia las metas establecidas y a su vez permite visualizar las medidas concretas que se deben desarrollar para organizar una respuesta para el logro de los objetivos propuestos

Es en este sentido, que la evaluación a final de periodo, buscó dar cuenta del progreso hacia el cumplimiento de los objetivos sanitarios.

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

Estado de Avance	Número de Indicadores	Temas
Retroceso	15	Tuberculosis, IRA, Chagas, Salud Mental, Accidentes de tránsito, Violencia de Género, Alcohol, Drogas, Obesidad Infantil, Rezago infantil, Enfermedades Transmitidas por Alimentos, Hospitalización por IAM en hombres menores de 50.
Avance Discreto	7	Actividad física, Factores protectores, Conducta sexual segura, Salud ocupacional, Medio ambiente (acceso agua potable), Participación Social, Gasto bolsillo.
Avance Importante	7	Cáncer, Tabaco, Mortalidad perinatal, Aire.
Cumple	19	Enf. Transmisibles en eliminación, VIH/SIDA, Enfermedades Cardiovasculares, Diabetes Mellitus, Enf. Respiratoria Crónica, Suicidio adolescente, Embarazo adolescente, Salud en población migrante, Gestión del personal, Cooperación internacional, Seguridad en la atención, Emergencias, desastres y epidemias.
No evaluable	20	Enfermedad Renal Crónica, Discapacidad por trastorno mental, Discapacidad, Salud bucal (prevalencia de libres de caries y promedio dientes dañados caries), Accidentes de trabajo, Discapacidad Adulto Mayor, Salud Intercultural, Equidad género, Privados de libertad, Información en salud, Investigación en Salud, Infraestructura, Calidad de los Medicamentos, Satisfacción usuaria APS.
Total, Indicadores	68	

Fuente: Sistema Informático de Monitoreo de la Planificación Operativa, 2021

Recordar que existe un módulo de monitoreo de los indicadores a través de la plataforma de planificación SIMPO, que permite ver el avance de los indicadores en el nivel estratégico de planificación de la ENS 2011-2020.

1.4. DESDE ALMA ATA A LA PARTICIPACION SOCIAL

Desde la Declaración de Alma -Ata, en septiembre de 1978, que señala que la estrategia de atención primaria a la salud (APS) es la manera más eficaz de resolver de forma sostenible los desafíos de la salud y del sistema de salud y reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental

Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar en las decisiones de salud.

Alma Ata, cambio el paradigma de la salud global. los valores y principios de la atención primaria de

salud, que incluyen el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad, la justicia social y la participación y la acción multisectorial, entre otros, han constituido la base de la transformación de los sistemas de salud en la región. En nuestro país, a pesar de tener grandes avances en Atención primaria, como un cambio de modelo de atención, se mantienen aún el desafío salud para todos en el año 2000

En Astana Kazajistán, 25 de octubre de 2018 (OMS/OPS) Países de todo el mundo firmaron hoy la Declaración de Astaná, y prometieron fortalecer sus sistemas de atención primaria de salud (APS) como un paso esencial para lograr la cobertura universal de salud, donde los países del mundo aspiran a:

- Gobiernos y sociedades que den prioridad a la salud y bienestar de las personas, y los promuevan y protejan, tanto a nivel poblacional como individual, mediante sistemas de salud sólidos
- Atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos
- Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades estén empoderadas y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar
- Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales.

Para ello, los países firmantes de la declaración se comprometen a:

1. Tomar decisiones audaces en pro de la salud en todos los sectores
2. Construir una atención primaria de salud sostenible
3. Empoderar a las personas, familias y comunidades mediante la participación en la elaboración y aplicación de políticas y planes que repercutan en la salud, como también participen de la rendición de cuentas del sector publico
4. Alinear el apoyo de las partes interesadas con políticas, estrategias y planes nacionales

La Declaración de Astaná reafirma la histórica Declaración de Alma-Ata de 1978, la primera vez que los líderes mundiales se comprometieron con la atención primaria de salud: "Juntos podemos lograr y lograremos la salud y el bienestar para todos, sin dejar a nadie atrás"

1.5. SEGURIDAD Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD.

1.5.1. Marco Legal

A partir de los lineamientos establecidos en la Reforma de Salud del año 2005, el Ministerio de Salud ha desarrollado e implementado diversas estrategias y herramientas que constituyen la base para las actividades de calidad y seguridad en la atención de salud, que se presenta a continuación:

Ley Nº 19.888 Financiamiento: Propone un esfuerzo compartido entre el Estado y la ciudadanía para disponer del financiamiento necesario para llevar a cabo los programas sociales prioritarios del gobierno, el cual se materializa en modificaciones al sistema tributario y aplicación de impuestos específicos a alcoholes y tabaco, en virtud del daño que generan a la saludLey N°19.937: Autorización Sanitaria y Gestión pública, pretende fortalecer el rol regulador del Ministerio de Salud, traspasando las funciones reguladoras que tradicionalmente estaban en los servicios de Salud a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS). Para esto se realizó una reestructuración del Ministerio de Salud el cual se divide en dos subsecretarias, la Subsecretaría de Redes Asistenciales y la Subsecretaría de Salud Pública. Para abordar el ámbito de la gestión pública, se crea la figura del Hospital Autogestionado, es decir un establecimiento con mayor autonomía de gestión.

Ley Nº19.937 Autoridad Sanitaria: El Ministerio de Salud en rol regulador debe:

Art. 11 Establecer los estándares mínimos que deberán cumplir los prestadores institucionales de salud, tales como hospitales, clínicas, consultorios y centros médicos, con el objetivo de garantizar que las prestaciones alcancen la calidad requerida para la seguridad de los usuarios. Dichos estándares se fijarán de acuerdo con el tipo de prestador institucional y a los niveles de complejidad de las prestaciones, y serán iguales para el sector público y el privado.

Estándares disponibles: http://www.supersalud.gob.cl/observatorio/671/w3-article-4530.html

Art. 12.- Establecer un sistema de acreditación para los prestadores institucionales autorizados para funcionar. Para estos efectos se entenderá por acreditación el proceso periódico de evaluación respecto del cumplimiento de los estándares mínimos señalados en el numeral anterior, de acuerdo el tipo de establecimiento y a la complejidad de las prestaciones.

Decreto Supremo N°15, 2007: Reglamento del Sistema de Acreditación para los Prestadores Institucionales de Salud.

Manuales de Acreditación para Prestadores Institucionales de Salud

Permite a los Prestadores Institucionales acceder a la información contenida en los estándares necesarios para la preparación del proceso de acreditación y a las Entidades Acreditadoras conocer los criterios de evaluación.

Art. 13.- Establecer un sistema de certificación de especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud legalmente habilitados para ejercer sus respectivas profesiones, esto es, de las personas naturales que otorgan prestaciones de salud.

Decreto Supremo N°16, 2007: Reglamento sobre los registros relativos a los prestadores individuales de salud

Ley N° 19.966 Régimen General de Garantías en Salud (GES): Determina que las prestaciones de salud definidas por Decreto, relativas al Acceso, Oportunidad, Financiamiento y Calidad serán un derecho exigible por los usuarios. Esta Ley establece que para otorgar la Garantía de Calidad los prestadores individuales deben estar registrados en la superintendencia de Salud y los establecimientos deben estar acreditados.

Ley N°20.015 de Instituciones de Salud Previsional: Establece nuevas regulaciones que adaptan el sistema privado de seguros a las nuevas exigencias del AUGE, asegurando así estandarizar el proceso asistencial de las patologías GES, tanto para el área pública como privada.

Ley N°20.584 Derechos y Deberes del Paciente: Regula sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, sean estos privados o públicos.

Artículo 4°: Toda persona tiene derecho a que, en el marco de la atención de salud que se le brinda, los miembros del equipo de salud y los prestadores institucionales cumplan las normas vigentes en el país, y con los protocolos establecidos en materia de seguridad del paciente y calidad de la atención de salud, referentes a materias tales como infecciones intrahospitalarias, identificación y accidentabilidad de los pacientes, Errores en la atención de salud y en general, todos aquellos eventos adversos evitables según las prácticas comúnmente aceptadas. Adicionalmente, toda persona o quien la represente tiene derecho a ser informada acerca de la ocurrencia de un evento adverso, independientemente de la magnitud de los daños que aquel haya ocasionado.

1.5.2. Calidad y Seguridad Asistencial

El Ministerio de Salud, adhiriéndose a compromisos internacionales instala la seguridad asistencial como foco estratégico en la calidad de la atención. Es así como la Política de Calidad y Seguridad Asistencial ministerial, basada en el marco legal y reglamentario que se desprenden de la Reforma de Salud, se enfoca en 3 aspectos convergentes para la efectividad sanitaria: Desde la persona como ciudadano y usuario sujeto de derechos, desde los establecimientos como organización y desde el personal sanitario como agentes de cambio. Es así como usuarios, instituciones y personal asumen un rol de responsabilidad compartida en el desarrollo de un modelo basado en la Cultura de Calidad y Seguridad y con perspectiva de mejora continua.

En este sentido, una atención sanitaria de calidad se define como aquella que identifica las necesidades de salud (educativas, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población, de una forma total y precisa y destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permite*. Es así como un elemento central de la calidad sanitaria (dimensión), es la seguridad de la atención, entendida como un proceso que se centra en el conocimiento de los riesgos de eventos adversos tanto del prestador institucional, prestador individual como del usuario y la prevención de aquellos que son evitables a través de intervenciones efectivas.

Una cultura de seguridad, definida como una cultura no punitiva, en la que existe un compromiso de los individuos y organizaciones con la seguridad, por tanto, con la aplicación de las mejores prácticas y estándares, y que cuenta con un clima de seguridad abierto y de confianza mutua en la que los errores son una fuente de aprendizaje, en lugar de ser utilizados para culpabilizar, se establece como un eje central para conseguir atenciones seguras para los pacientes. Por lo mismo, no es atingente limitar la calidad y seguridad en la atención solamente a la aplicación de pautas y a la obtención de medios de verificación. La calidad va más allá de "la automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, sino que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, consciente que lo verdaderamente importante son las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio"31. Se espera que los equipos de trabajo diseñen procesos de mejora continua, poniendo al centro las necesidades de las personas que se atienden en el sistema de salud.

Para lograr el desarrollo de una cultura de calidad es necesario modelar el pensamiento, comportamiento, valores, creencias, experiencias y normas, basándose en las necesidades sanitarias de la población y las expectativas de las personas que se atienden en el sistema de salud. Esto representa un gran desafío para el equipo del establecimiento. Sin embargo, la evidencia señala que el proceso

de acreditación puede llegar a ser una efectiva herramienta que estimule el espíritu de cooperación y la integración en los establecimientos de salud.

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

Por otra parte, para asegurar el cumplimiento de la calidad de la atención como un derecho garantistico (comprometido por ley), el prestador institucional de atención abierta o cerrada, público o privado, debe ser sometido a una evaluación externa para demostrar cumplimiento de estándares mínimos en 9 ámbitos del proceso asistencial (proceso de acreditación):

1. Respeto a la dignidad del paciente
2. Gestión de la calidad
3. Gestión clínica.
4. Acceso, oportunidad y continuidad de la atención
5. Competencias del recurso humano
6. Registros
7. Seguridad del equipamiento
8. Seguridad de las instalaciones
9. Servicios de apoyo

Durante este proceso cada institución deberá incorporar en su quehacer nuevas prácticas que vayan en la senda del aseguramiento de la calidad y seguridad. Dicha tarea implicará la aplicación de ciclos de mejora, liderazgo facilitador y positivo de las jefaturas, coordinadores, jefes de sector, encargados de calidad, la participación transversal de los encargados de los diferentes procesos, trabajo en equipo y compromiso con la tarea (Figura 1).

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

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

1.5.3. Desarrollo de un modelo asado en la cultura de calidad y seguridad con perspectiva de mejora continua

1. Gestión de Calidad y Mejora Continua

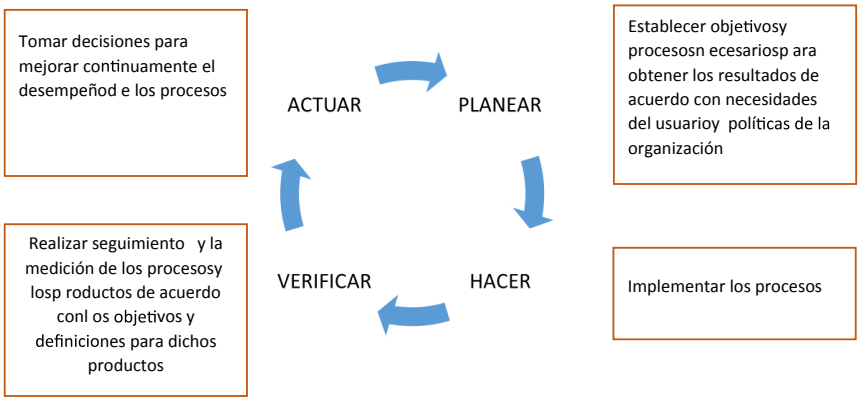
Los sistemas de gestión de la calidad deben orientarse hacia modelos que respondan a los conceptos de excelencia vigentes, evolucionando desde una perspectiva meramente centrada en el producto final, donde priman las características intrínsecas del producto o servicio, pasando por la orientación hacia las necesidades y expectativas del cliente/usuario hasta implantar Sistemas de Gestión de la Calidad total, lo que constituye un factor estratégico de extraordinaria relevancia. Lo anteriormente expuesto, es inseparable del concepto de mejoramiento continuo de la calidad desarrollado por Deming. Dicho concepto es concebido como un ciclo que se identifica con el acrónimo PDCA (Plan, Do, Check Act) en inglés y PHVA (Planear, Hacer, Verificar, Actuar) en español (ver figura 2).

El modelo de mejora continua integrado a la gestión, es un proceso que en forma lenta y continua incorpora mejoras en los sistemas, aunando esfuerzos con el apoyo e involucramiento de todos los niveles de la organización y enfatiza el desarrollo y cambio organizacional junto con la monitorización.

FIGURA Nº2: Elementos fundamentales que participan en el desarrollo de la Cultura de Calidad y Seguridad propia de cada institución

Fuente: Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención/ DIGERA. Minsal. Elaboración propia

FIGURA N°3: Elementos de Sistema de Gestión de Calidad



Fuente: Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención/ DIGERA. Minsal. Elaboración propia

2.1. POLÍTICA DE CALIDAD Y SEGURIDAD INSTITUCIONAL

La Política es la declaración formal de principios generales de una organización o institución debe otorgar consistencia y coherencia a la toma de decisiones y dar un marco orientador a las gestiones de todas las unidades que componen la organización

Consideraciones en su elaboración

- Adecuada a los propósitos de la Dirección
- Basada en elementos estratégicos como la definición de la visión y valores de la institución
- Susceptible de traducirse en objetivos y estos finalmente en acciones

2.2. PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL

La planificación específica del trabajo que se desea desarrollar para el cumplimiento de los objetivos estratégicos de la Institución y de su política. Es un documento oficial del prestador, emanado de la jefatura que corresponda, que describe un conjunto ordenado de actividades orientadas al cumplimiento de cierto objetivo asistencial, donde se definen

- Metas
- Actividades
- Responsables
- Plazos
- Modelo de evaluación de su cumplimiento

El Programa de Calidad Institucional debe entregar un enfoque claro a toda la institución sobre el trabajo en calidad, y seguridad por lo cual debe servir de insumo para el trabajo y programación de este, en las diferentes Unidades o servicios del Prestador.

2.3 INFRAESTRUCTURA RESPONSABLE DE LA GESTIÓN DE CALIDAD EN LA INSTITUCIÓN

- Formalización Designación de responsable del Programa de Calidad (horas y funciones)
- Conformación Comité calidad y seguridad que asuman el liderazgo como referentes de temas específicos.

2.4. FORMACIÓN EN TEMAS RELACIONADOS CON CALIDAD Y SEGURIDAD SEGÚN PERFIL DE LOS PROFESIONALES

2.5. IMPLEMENTAR ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN AL INTERIOR DE LOS EQUIPOS QUE PERMITA SOCIABILIZAR EL PROGRAMA DE CALIDAD INSTITUCIONAL

2.6. TECNOLOGÍA SOPORTE PARA DESARROLLAR EL PROGRAMA.

- Sistema de gestión documental
- Monitorización de indicadores

CAPÍTULO II. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)[2]

El año 2003, con motivo del 25° aniversario de la Declaración de Alma-Ata, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reflexionó en torno a la promesa incumplida de alcanzar salud para todos al año 2000. A pesar de que esa meta no fue alcanzada, Alma-Ata consiguió seguir avanzando en el desarrollo conceptual de lo que significa la salud como el "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades", agregando que es un derecho humano fundamental y que para poder alcanzarlo se requiere de "la intervención de actores sociales y económicos, además de salud"[3] .Alma-Ata definió y reconoció el concepto de Atención primaria de Salud como una estrategia para mejorar la salud colectiva de los pueblos del mundo[4].

La OPS comenzó un proceso de evaluación de los diferentes sistemas basados en la atención primaria de salud en la región, para identificar y difundir las mejores prácticas en la materia. Este trabajo dio origen al texto "La Renovación de la Atención primaria de Salud en las Américas"[5].

Posteriormente, la evidencia acumulada por la OPS concluyó que uno de los desafíos fundamentales es evitar la fragmentación presente en las Redes de Servicios de Salud. para cumplir con el objetivo de contar con sistemas de salud basados en la estrategia de APS. Para aportar soluciones ante la fragmentación, el año 2008, la OPS inició una consulta en la que participaron diversos países de la región. Este proceso dio origen al libro "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas". Al mismo tiempo, la OMS publicó el informe "Atención primaria de Salud: Más Necesaria que Nunca" en el que se insiste sobre

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

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

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

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

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

la importancia de anticiparse al daño y dar continuidad a la atención con servicios integrales e integrados entre los distintos niveles de la red sanitaria.

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

FIGURA N.º 4: LÍNEA DE TIEMPO RISS BASADAS EN LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA / FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

Acorde a la definición de OPS, las RISS son "una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve"[6]. Lo anterior supone organizar los diferentes dispositivos existentes en las redes de una manera tal, que supere la fragmentación tradicional derivada de la especialización y la parcelación de los diferentes espacios de atención, en un determinado territorio.

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

FIGURA Nº 5: ÂMBITOS DE ABORDAJE PARA SISTEMATIZAR LA IMPLEMENTACIÓN DE LAS REDES ASISTENCIALES DE SALUD

Fuente: COMGES 2017

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

La OMS por su parte, propone un necesario cambio de paradigma en los modelos de atención señalando que: "A menos que se adopte un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, el cuidado de la salud será cada vez más fragmentado, ineficiente e insostenible. Sin mejoras en la prestación de los servicios, las personas no podrán acceder a los servicios de salud de alta calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas."11

La atención de salud centrada en la persona es de calidad y segura, toma en cuenta la opinión de las personas y sus opciones para sobrellevar sus problemas de salud y es eficaz. La atención primaria de salud es el lugar en el que las personas plantean por primera vez sus inquietudes de salud, por lo tanto, resulta necesario tener una oferta de atención integral e integrada. El contar con ello, facilita "la detección y prevención tempranas de los problemas, incluso en ausencia de una demanda explícita. Hay personas y grupos que pueden beneficiarse de la atención aun cuando no expresen espontáneamente ninguna demanda explícita"[7].

2.1. DESAFÍOS DEL TRABAJO EN RED

La OPS establece que uno de los principales desafíos de los Modelos de Salud de la región es superar la fragmentación, que se refleja en los aspectos mostrados en la ilustración[8]:

FIGURA Nº6. DESAFÍOS DEL TRABAJO EN RISS

Fuente: QSV, en base a OPS 2010

2.2. LOS DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN CHILE[9]

La evaluación del modelo de Redes Integradas de Servicios de salud realizada entre los años 2015-

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

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

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

2016, propone un cambio en el foco de gestión de los equipos de salud, interpela el enfoque hospital 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 en la actualidad, especialmente con multimorbilidad.

- 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 trabajen en equipo y que reconozcan la relevancia del trabajo intersectorial, para establecer áreas de protección de la población en riesgo.
- Formar profesionales y equipos de salud que valoren la participación de las personas, familia y comunidades en salud y lo incorporen como un pilar de los procesos de cuidado y protección de la salud.
- Centrar la atención en las personas, logrando continuidad de los cuidados en salud, anticipándose al daño, priorizando a las personas y grupos vulnerables de la sociedad y respetando la dignidad y diversidad cultural, son los desafíos que permitirán lograr impacto sanitario en la sociedad del siglo XXI.

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

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 siguiente ilustración:

FIGURA Nº7. ENTORNO Y CONDICIONES PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS

Fuente: Adaptación Modelo Conceptual OMS 2015

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

Este riesgo de fragmentación constituye un desafío para el gestor de red en cada territorio (Director del Servicio y Jefe de APS), en tanto la obtención de adecuados resultados sanitarios, es prácticamente imposible sin la atención primaria fortalecida.

2.3. 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.

FIGURA Nº8: DISEÑO DEL TRABAJO EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Fuente Modificación de la presentación Implementación del Modelo RISS, Jornada evaluación Compromisos de Gestión (COMGES), noviembre 2017

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

CAPÍTULO III. MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA

El proceso de planificación y programación de la red se enmarca en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, el cual ha sido definido como "un modelo de relación de los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, se les reconoce como integrantes de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud se organiza en función de las necesidades de los usuarios, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutiva, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer – incluido el intersector – y la existencia de sistemas de salud indígena."

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

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 y continuidad del cuidado"[10].

FIGURA N.º 9:. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

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

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

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

- Dignidad y respeto: se refiere a que los equipos de salud escuchan y respetan el punto de vista y decisiones de las personas y familias e incorporan en los planes de cuidados sus conocimientos, valores, creencias y características culturales.
- Intercambio de información: se refiere a la comunicación y el traspaso de información completa y de forma positiva entre el equipo de salud y las personas. La información que reciban las

10 MINSAL (2005). Modelo integral de atención en salud. Serie cuadernos Modelo de Atención Subsecretaría de Redes Asistenciales Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

últimas, debe ser amplia, oportuna y fidedigna para que puedan participar efectivamente en la toma de decisiones acerca de su salud.

- Participación: que exige que las personas se motiven y reciban apoyo para participar en la toma de decisiones sobre su salud en todos los niveles de atención.
- Colaboración: se expresa en una relación cooperativa entre las personas, las familias y el equipo de salud, para desarrollar, aplicar y evaluar las acciones de salud y prestación de los servicios.

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

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

La estrategia de cuidado integral centrado en la persona en contexto de multimorbilidad viene a complementar y materializar la consecución de los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).

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

Los procesos de cuidado se organizan conforme el nivel de complejidad de las personas, favoreciendo el desarrollo de acciones de salud acordes a sus necesidades y características. Ello permite poner el foco, por un lado, en "personas de alto riesgo y no en enfermedades" y, por otro lado, permite identificar a la población sin riesgo en la cual el acento son las prestaciones que enfaticen la promoción de la salud y prevención de enfermedades.

El cuidado integral centrado en la persona requiere de cambios en los procesos de atención en los establecimientos. Cambios que faciliten el tránsito desde la atención prescriptiva y centrada en la enfermedad a la atención colaborativa y centrada en la persona, en la cual la relación entre el profesional de salud y la persona en situación de cronicidad tiene valor propio que antecede al contenido de la atención.

Asimismo, requiere de centrarse en los recursos que las personas, familias y comunidades disponen a fin de disminuir la sensación de inevitabilidad de las deficiencias y mejorar las competencias de las personas. Como afirma Mc. Whinney, hay que conocer a la persona antes de conocer sus enfermedades.

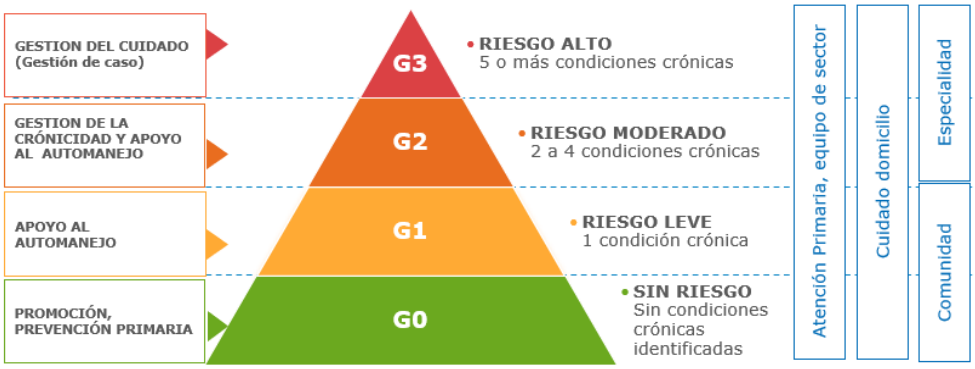
Se entiende como cuidados integrales centrados en las personas a "la consideración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales de las personas, en todas las etapas del curso de vida y en relevancia del estado salud-enfermedad". Desde esta perspectiva, toda la población

que se atiende en los centros de salud debiese recibir cuidados integrales centrados en la persona, conforme el nivel de riesgo que ésta presenta.

En este marco, se establecen criterios de estratificación de la población, según niveles de riesgo, para que reciban cuidados diferenciados que permitan: a) evitar que la población sana enferme; b) fortalecer la prevención y promoción de la salud; c) mantener a las personas enfermas controladas y prevenir el desarrollo de complicaciones; d) incentivar el involucramiento y autonomía de las personas que atendemos y el apoyo de los equipos de salud; y e) atender a las personas con multimorbilidad de la manera más adecuada, asegurando la coordinación sistemática.

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

FIGURA Nº10. ESTRATIFICACIÓN DE PERSONAS CON CONDICIONES CRÓNICAS.



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

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

La integralidad, como uno de los principios transversales del MAIS, promueve que las necesidades de las personas con múltiples condiciones crónicas, discapacidades funcionales, y/o alta demanda médica; se aborden mediante planes de cuidados consensuados, integrales y continuos, coordinando las prestaciones de salud entre niveles de atención, haciendo parte a la familia y/o cuidadores del proceso de cuidado[11].

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

Se estima que los costos de éstas y sus factores de riesgo, medidos por estudios de costo de enfermedad, van desde 0,02 a 6,77% del producto interno bruto (PIB) de un país, siendo el costo de las patologías cardiovasculares entre 1-3% del PIB[12].

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

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

A lo anterior, se agregan importantes costos para las familias, llegando hasta 15-25% de los ingresos familiares, en el caso de diabetes y su relevancia en la productividad laboral, constituyendo un impacto para nuestra macroeconomía[13].

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

Otros factores tales como la pobreza, la falta de salubridad del medio y la ausencia de una educación adecuada, influenciados por la situación geopolítica y económica, contribuyen al incremento de las condiciones crónicas. Además, el acceso desigual a alimentos saludables, el escaso desarrollo de parques y ciclovías y el comercio inciden sobre los factores de riesgo relacionados, como la malnutrición por exceso y la inactividad física[14].

En las últimas décadas, Chile muestra un importante aumento de la morbimortalidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) representan la principal causa de años de vida saludables perdidos (AVISA), con un 84%, y las enfermedades cardiovasculares corresponden a la primera causa de mortalidad en Chile[15]. Además, las patologías cardiovasculares son una de las primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVD)[16]: 5,6% corresponde a HTA y 2,3% a la glicemia elevada[17].

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[18].

Respecto a multimorbilidad, a nivel internacional se estima que el 27% de las personas tienen 2 o más comorbilidades[19], 65% en mayores de 65 años, y 82% en personas de 85 años y más, con diferencias significativas entre hombres y mujeres y entre nivel educacional.

En Chile, de acuerdo con la ENS 2017[20], en población de 15 y más años, el 70,6% tiene 2 o más condiciones crónicas (más de 9,5 millones de personas) y el 17,5%, tiene 5 o más condiciones crónicas (más de 2 millones de personas), que se ha incrementado desde el 2010 a 2017.

FIGURA Nº11. CONDICIONES CRÓNICAS EN POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2010-2017 Fuente: Dra. Paula Margozzini. Depto. Salud Púbica UC

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

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

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

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

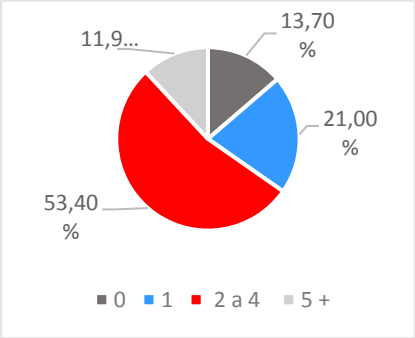
17 Solomon SD, Chew E, Duh EJ, Sobrin L, Sun JK, VanderBeek BL, et al. Diabetic Retinopathy: A Position Statement by the American Diabetes Association. Diabetes Care. 2017 Mar 1;40(3):412-8

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

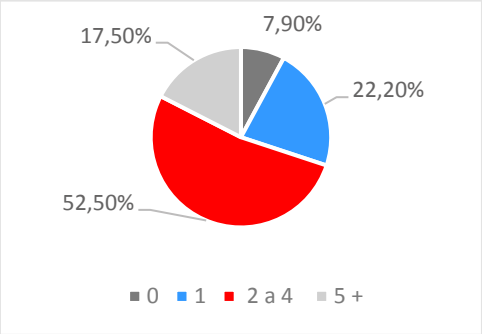
19 Cassell A, Edwards D, Harshfield A, Rhodes K, Brimicombe J, Payne R, et al. The Epidemiology of Multimorbidity in Primary Care. The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners. 2018;68(669): e245-e51.

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

ENS 2010



ENS 2017



El abordaje de las condiciones crónicas es una realidad que se plasma en todos los niveles de atención y que requiere de un cambio que privilegie una visión integral de la persona, la transición de un enfoque paternalista a uno más proactivo y el desarrollo de la integración de la entrega de los cuidados[21].

Las personas están en alto riesgo, considerando, por ejemplo, factores como la polifarmacia, que puede llevar a baja adherencia al tratamiento y efectos adversos de medicamentos[22].

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

Es importante tener presente que, las personas con varias condiciones crónicas tienen dificultades en la comprensión y el tratamiento de enfermedades múltiples y regímenes de medicamentos complejos[23].

Por consiguiente, se requiere de apoyo al equipo de salud para la incorporación de las prioridades y preferencias de las personas en los planes terapéuticos para el manejo de la multimorbilidad, priorizando así los objetivos tanto del personal sanitario como de la persona aumentando de la adherencia al tratamiento y la mejora de los resultados clínicos. De esta manera, se hace necesario disponer de formación adecuada en atención centrada en la persona, manejo de la multimorbilidad y uso de tecnología de apoyo a la toma de decisiones[24]. Ello debe ser incorporado en el programa de capacitación comunal.

Se debe promover la adecuada comunicación con los niveles de especialidad, hospitalario y de urgencias para garantizar la continuidad del cuidado. Esto, a través de profesionales de enlace ubicados en los centros hospitalarios y procesos de referencia y contrarreferencia definidos en red. El rol del Profesional de Enlace tiene como finalidad principal favorecer la transición efectiva de las personas entre los diferentes niveles de atención, apuntando con ello a; -mejorar el acceso y oportunidad de la atención fortaleciendo la calidad del cuidado, -disminuir el tiempo de recuperación, -reducir las tasas de rehospitalización y el costo en salud. Para ello, mantiene una coordinación continua con

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

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

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

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

los equipos de los distintos niveles de atención, potenciando el cuidado integral a través de la RISS, mejorando el viaje del usuario y su familia en la red asistencial y su experiencia.

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

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN

4.1. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

El artículo 58 de la Ley Nº 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[25].

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

4.2. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN

Cuando se habla de planificación se refiere a un proceso local reflexivo y dinámico que pretende definir caminos organizacionales para lograr sus objetivos.

En salud es importante realizar gestión orientada a resultados, por lo que es importante:

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

25 Ley 19.378. Estatuto de Atención primaria Municipal

El hecho de planificar se orienta a mejorar y hacer más sencilla la tarea de toma de decisiones. Es importante considerar en el proceso la racionalidad y transparencia que permita orientar la toma de decisiones (las acciones-decisiones) que permite mostrar a los usuarios de nuestras Redes Asistenciales, del por qué y cómo fueron tomadas dichas decisiones.

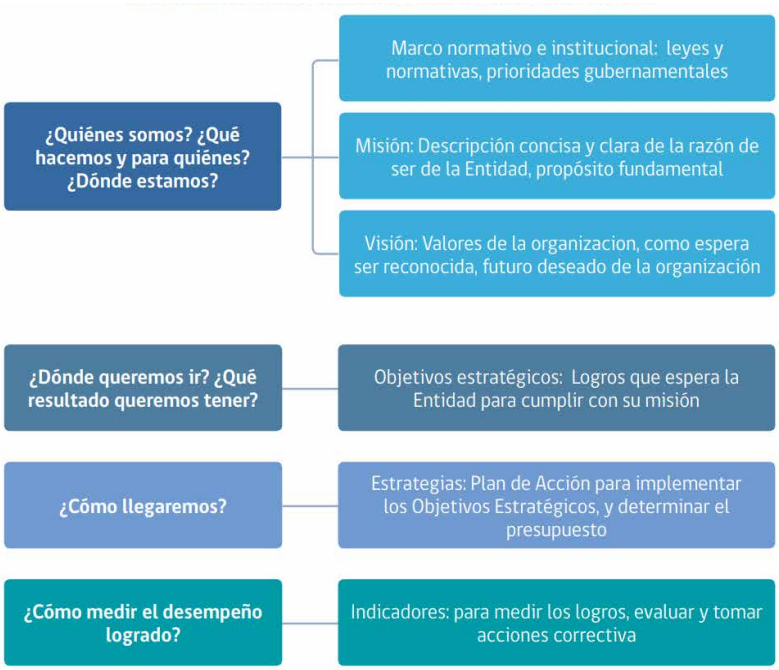
Considerar:

- La planificación realiza un ejercicio de prospectiva para anticipar los cambios en el entorno en el que nuestras organizaciones operan y adaptar permanentemente los planes de acción a esos cambios. Pero no se ilusione con que con la planificación tendrá todo bajo control todo lo que se planifique estará sujeto a situaciones no previstas y a la incertidumbre. Recuerde que reduce la incertidumbre, no se elimina.
- La planificación es constante y debe estar periódicamente sometida a revisión para adaptarla a nuevos escenarios y situaciones que emergen en el contexto e incorporar los resultados de las evaluaciones realizadas, con el fin de generar procesos de aprendizaje en la organización.
- Considerar elementos culturales, ideológicos y del comportamiento organizacional que pertenecen a la esfera de lo informal, y que pueden ser grandes aliados o enemigos de los procesos de readaptación.
- Como las prestaciones en atención primaria son multidisciplinarias es relevante contar con el punto de vista de todos.
- Des jerarquice y descentralice. Pídale a cada uno de los expertos que tiene en sus establecimientos que le cuenten sus experiencias, las dificultades y los aciertos para que cuando planifique sea una planificación acorde a escenarios posibles.
- Cuando planifique, hágalo ajustándose a su contexto y realidad local. A pesar de que en la planificación y en la gestión existen un sinnúmero de herramientas para apoyarlo (matriz marco lógico, 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, la Planificación Estratégica. Herramienta es 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 de carácter 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.

FIGURA N º 12: RESUMEN DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

4.3. FASES DE LA PLANIFICACIÓN

4.3.1. DIAGNÓSTICO

FIGURA 13: ELEMENTOS DEL DIAGNÓSTICO INTEGRAL

Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

DIAGNÓSTICO SANITARIO

- Caracterización de la red asistencial: hospitales de referencia, establecimientos de atención primaria de salud, protocolos de derivación, tiempos de latencia de atención, derivación y pertinencia SIC.
- Caracterización de la oferta de los servicios de salud: cuantificar las actividades realizadas en el establecimiento o red asistencial y sus recursos asociados para llevarla a cabo: dotación, recursos financieros, infraestructura, 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
  - Distribución Geográfica (ruralidad, dispersión, etc.)
  - Población migrante
  - Medioambiente
  - Desarrollo Económico
  - Educación
  - Vivienda y Saneamiento
  - Alimentación
  - Transporte y Comunicaciones
  - Consumo y Ahorro
  - Recreación
  - Trabajo (salud ocupacional)
  - Vestuario
  - Seguridad Social
  - Libertades humanas
  - Características culturales
  - Pueblos originarios
  - Desarrollo comunitario, etc.
  - Clima
  - Naturaleza
  - Situación Geográfica
  - Sector Salud
  - Política de Salud
  - Organización de la red asistencial
  - Recursos materiales, financieros y humanos

- Análisis de los antecedentes recopilados: Se trata de ver de qué manera los factores condicionantes influyen en la situación de salud de una comunidad. Se realiza análisis de la magnitud de los factores condicionantes y se evalúa la consecuencia o responsabilidad del sector salud en el nivel de salud.
- Apreciación: Se refiere a comparar la situación de salud que tenemos con relación a un modelo normativo (metas nacionales, regionales, del Servicio de Salud y locales).
- Pronóstico: Proyección hacia el futuro. Qué pasará con la situación de salud según las tendencias observadas y cambios previsibles en los factores condicionantes.
- Identificación y caracterización de las brechas encontradas: Priorización de las brechas que serán abordadas en el plan, dado que no se pueden abordar todas las situaciones deficitarias identificadas conjuntamente, tanto por un tema de recursos como de gestión.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

- Un diagnóstico participativo permite estimar la necesidad sentida en salud y, gracias al proceso involucrado, permite contribuir a la autovaloración y reconocimiento de potencialidades de los miembros de la comunidad, fortalece la autogestión, a la autonomía y los procesos participativos, permite planificar y corresponsabilizar a la comunidad. Según lo precedente, se trata de "un espacio de reflexión y análisis de la situación de la comunidad barrial o local, realizada por los propios vecinos y facilitado por algún agente externo, que, a través de variadas técnicas y metodologías, estimula la participación en una reflexión y análisis de la realidad" (MINSAL, 2015)
- La elaboración de un diagnóstico participativo, conlleva esencialmente como proceso de intervención sociocomunitario, tres dimensiones que debemos considerar en su implementación: a) un proceso de planificación local que establezca los alcances, objetivos y resultados esperados; b) un proceso de fortalecimiento de habilidades y competencias metodológicas para los actores sociales, grupales e institucionales que serán invitados al proceso y c) fortalecer en todo el proceso el sentido de asociatividad y trabajo en red de los participantes, asegurándose una acción democratizadora en los resultados y acuerdos de solución que se establezcan.
- En la fase de diagnóstico participativo la acción de colaboración es esencial en la promoción del proceso que se realizará, de manera especial, considerando que permitirá - mediante un enfoque de redes - movilizar a las personas e instituciones interesadas en abordar un determinado problema mediante el uso de metodologías que, junto con permitir la cohesión en un fin común, contribuirá a compartir sus visiones y estrategias para abordar una cuestión de interés común que afecta la visión de bienestar que comparten.
- En la concepción de que las personas y grupos sociales necesitan de interacción y vínculos para la búsqueda de su bienestar, resulta fundamental comprender que todo diagnóstico participativo conlleva la articulación de diversos actores que buscan contribuir de ese propósito. Por lo mismo, todo diagnóstico participativo debe sustentarse en un triángulo virtuoso que implica la participación de la mayor diversidad de actores:

a. Los actores sociales organizados y grupos de interés social: Aportan su visión, experiencia y trayectoria de vida en el territorio en torno a una imagen de bienestar social que suele materializarse en una narrativa común.
b. Los actores institucionales: Contribuyen al proceso con las técnicas y herramientas metodológicas participativas que permiten orientar el proceso reflexivo de la comunidad en relación a

los problemas de salud considerando diversos factores, tales como: cartera de servicios, gestión en redes de salud, perfil epidemiológico local, entre otras.

c. Los actores del extra sector: Permiten la construcción de alianzas y trabajo en red aportando desde la diversidad de roles y funciones que cumplen en materia de responsabilidad social.

- En un diagnóstico participativo la noción de trabajo en red o redes de colaboración o de asociatividad es primordial para la construcción de planes de trabajo o de intervención social. La filosofía que subyace en la idea de una red es principalmente la oportunidad que se produce a partir de la diversidad de opiniones, vivencias e implicaciones que tienen las personas y comunidades sobre los problemas que comparten y, por ende, en las múltiples propuestas de acción que pueden entregar para su solución.
- Es recomendable considerar en el proceso de planificación y elaboración de un diagnóstico participativo las siguientes situaciones:

a. Convenir con la diversidad de actores del proceso una negociación de apertura que permita convenir en conjunto los objetivos personales y colectivos que buscará el trabajo a realizar a fin de limitar las múltiples expectativas e intereses que puedan tener los participantes.

b. Establecer equipos de trabajo con la mayor representatividad social, con la habilitación metodológica necesaria, a fin de que puedan colaborar en las actividades y acciones que de desprendan de la realización del Diagnóstico Participativo, especialmente, en la fase de implementación de los planes de trabajo que se establezcan.

c. Definir acciones de réplica o de devolución de los resultados del diagnóstico participativo a fin de comprometer la participación activa de las personas y comunidad en la fase de ejecución de las acciones y actividades que se planifiquen.

A continuación, se presenta un esquema conceptual descriptivo de algunas etapas que deberían ser consideradas en la fase de diseño de un diagnóstico participativo basado en un enfoque de redes. Se trata de un marco orientador que puede facilitar su implementación dependiendo de las realidades locales en las que se pretende intervenir basado en el uso de metodologías participativas.

Es fundamental comprender el carácter dinámico de los procesos sociales, considerando en cada fase descrita, las variables sociales, culturales y políticas que pueden incidir en la reorientación del trabajo de los equipos de salud y de los actores involucrados.

Por lo mismo, las etapas que se detallan a continuación, se circunscriben a un proceso cuya finalidad es la elaboración de un diagnóstico participativo basado en la construcción de una metodología flexible que tiene como denominador común las interacciones que se producen en la diversidad de conocimientos y experiencias que aportan los actores sociales y técnicos en su ejecución. En ese sentido, son irrenunciables los valores que se recogen de la educación popular, de las metodologías de investigación acción y por, sobre todo, del uso de técnicas y herramientas provenientes de la educación de adultos.

A continuación, en un itinerario de tiempo acorde a cada realidad social, se propone la ejecución de las siguientes etapas de intervención en la implementación de un proceso de diagnóstico participativo, considerando que esta puede extenderse de un período de 12 a 24 meses.

1. Etapa de pre-negociación inicial.

La apertura inicial de actores sociales e institucionales es primordial para la generación de un diagnóstico participativo. Como lo señalamos, es este espacio es fundamental buscar la construcción de un consenso común que se exprese en la definición de objetivos y metas comunes para el desarrollo del diagnóstico participativo en salud. Lo fundamental, es tratar de hacer coincidir expectativas y motivaciones de los participantes con las prioridades sanitarias de organizaciones de salud.

En esta etapa los participantes deberán enfocarse en asegurar que la dinámica de trabajo les permita:

- Construir y/o afianzar las relaciones de confianza y de comunicación basadas en una actitud de colaboración con las tareas que se establezcan.
- Compartir y analizar las motivaciones y expectativas personales y colectivas que los participantes sumarán al proceso.
- La problematización y definición de las preocupaciones locales que forman parte de la agenda local de salud.

2. Etapa de Apertura: Visualización de las redes sociales.

El carácter participativo de un buen diagnóstico implica observar con atención la diversidad de actores y la realidad sociosanitaria de un territorio determinado. Un principio esencial que se debe cautelar con ese fin es la convocatoria a personas, organizaciones e instituciones que tienen relación directa o indirecta con las problemáticas que se abordarán. No solo se debe limitar el análisis de la realidad circunscrito a un establecimiento de salud específico, sino también se debe sumar la mirada de otros protagonistas con intereses afines a estos. Pensar y actuar en red es pensar y actuar con la mayor voluntad de inclusión que resulte factible.

En esta etapa es prioritario enfocarse en las siguientes tareas:

- Constitución de equipos de trabajo local que serán responsables de liderar, conducir y sistematizar el proceso.
- Establecer espacios de capacitación, formación y habilitación metodológica de los actores sociales e institucionales que participarán de la elaboración del diagnóstico. Resulta esencial que los participantes conozcan previamente la metodología, enfoques y técnicas que se utilizarán (democratización y apropiación del conocimiento).
- Asegurar la realización de un taller y/ jornada local de trabajo con el equipo que coordinará la implementación del diagnóstico participativo con la finalidad de que definan a los actores sociales e institucionales que serán convocados al proceso.
- Calendarización de trabajo colaborativo en la red.

Una herramienta que puede contribuir a la definición de actores a implicar (convocar) en el proceso es la realización de un ejercicio de mapeo de actores o elaboración de sociograma.

3. Etapa de Indagación y trabajo de campo: Contacto e Inserción con las redes sociales.

Atendiendo el carácter dinámico de un diagnóstico participativo debemos señalar que su implementación, especialmente los productos que surgen, no solo se encuentra acotada a una jornada de trabajo sino principalmente a un conjunto de acciones y actividades previas que se realizan desde el momento que se declara la voluntad de realizarlo.

Los actores que lideran la implementación del proceso, como así también, otros de interés colectivo, desde el momento que establecen la voluntad de la realización de un diagnóstico comienzan a través de sus interacciones un proceso de recopilación de información que resultará vital para retroalimentar la experiencia de trabajo (observación del vecindario, conversaciones cotidianas con los vecinos, asistencia a actividades sociales, etc.).

Un aspecto esencial de esta etapa es la formalización, por parte del equipo coordinador, de mecanismos y canales de comunicación social que permitan el involucramiento de la comunidad en las actividades y acciones que serán parte del itinerario de planificación. Será una tarea fundamental del equipo responsable:

- Definición de áreas de conocimiento territorial/sectorial para el despliegue del equipo coordinador del trabajo sobre la base de mapeo de actores realizado.
- Contacto y movilización con otros actores sociales (entrevistas, observación, asambleas organizacionales, etc.)
- Visitas, reuniones, talleres, audiencias con actores relevantes del proceso -problemática objeto del trabajo de intervención.

4. Etapa de Análisis de Trabajo de campo.

Una vez que equipo de trabajo local ha recopilado la suficiente información sobre los problemas o áreas de interés social que demandan una intervención en el ámbito de la salud u otra, es necesario enfocarse en la sistematización del material obtenido.

La sistematización es una herramienta fundamental de síntesis de la información que hemos reunido a través de diversas herramientas nombradas: entrevistas, asambleas, talleres, reuniones, etc. Nunca se deberá entender un diagnóstico participativo como la sola expresión de una reunión o asamblea convocada para ese propósito.

En este trayecto de la metodología que estamos compartiendo será necesario que quienes lideran el proceso en conjunto con otros actores relevantes puedan enfocarse en la realización de las siguientes actividades:

- Análisis y sistematización de la información recopilada.
- Elaboración de informe final.
- Devolución de informe a la comunidad.
- Validación de resultados del informe diagnóstico con itinerario de fuentes primarias que participaron de las actividades ejecutadas.

5. Etapa de Planificación de Intervenciones Breves (Plan de Acción compartido, Monitoreo y Seguimiento).

Con el desarrollo de esta etapa comenzamos un cierre progresivo del proceso de reflexión que habíamos establecido, es decir, ya disponemos de información suficiente que nos permite caracterizar la situación que nos afecta como comunidad y/o organización, disponiéndonos a dar un salto más gravitante mediante la planificación de las acciones y actividades que programaremos para intervenir socialmente los problemas que comprometen nuestra calidad de vida.

Ahora el equipo local deberá abocarse a implementar la elaboración de un plan de acciones que contenga el conjunto de iniciativas identificadas, los responsables de su ejecución, identificación de fuentes de financiamiento, los criterios de evaluación, entre otras.

Entonces, le corresponderá al equipo de trabajo avanzar en la concreción de las siguientes tareas y estrategias de trabajo:

- Concretar Plan de Trabajo Comunitario.
- Democratizar y compartir decisiones de cursos de acción.
- Integrar el monitoreo y seguimiento como mecanismo de control ciudadano.
- Informe continuo y permanente de acciones desplegadas en el territorio[26]

4.3.2. PLAN DE ACCIÓN

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

- Diferenciar entre los elementos que ya dispone para enfrentar las problemáticas levantadas y los elementos que le faltan para enfrentar dichas problemáticas. Probablemente en el diagnóstico, ¿pudo identificar fuentes de ineficiencia?
- Proyectar qué más se requiere para enfrentar las problemáticas... no siempre es más recursos económicos.
- ¿Qué se busca conseguir?

Fijar 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.

Establecer los lineamientos de acción:

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

26 Manual de Metodologías Participativas. Observatorio Internacional de Ciudadanía y Medio Ambiente Sostenible (CIMAS). 2009. Madrid

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:

- Retroalimentar.
- Diseminar resultados y conocimiento
- Recordar (recordatorios online)
- Descubrir a sus líderes locales (ojalá fueran los jefes de equipo, no suelen ser superiores jerárquicos):
  - 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
- Incentivar
- Detallar cronograma
- Definir presupuesto
- Integrar a la comunidad en el proceso de levantamiento de propuestas de solución a los problemas identificados y priorizados conjuntamente

5.3.3 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?
- Indicadores disponibles en el sistema sanitario chileno (sólo de medición del desempeño de procesos):
- Desempeño Colectivo Ley N°19.813, referente a metas sanitarias y de mejoramiento de la atención.
- Índice de la Actividad de la Atención primaria

- Indicadores de los programas de reforzamiento: monitoreo de prestaciones.
- Registro REM: registro basado en las acciones que se realizan en atención primaria
- Registro SIGGES: registro basado en las prestaciones GES
- Reportes a Contraloría General de la República: balance de lo transferido versus lo ejecutado con pertinencia
- Indicadores de creación local

4.4. PLAN DE SALUD COMUNAL

Como ya fue mencionado anteriormente, el Plan de Salud Comunal 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:

4.4.1. Diagnóstico de la situación comunal: desarrollado en el punto 5.3.1

4.4.2. Plan de cuidados de salud de la población

De acuerdo con el 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 encuesta nacional de salud, 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.

4.4.3. Dotación personal

La ley 19.378, del Estatuto de atención Primaria de Salud Municipal establece la normativa en materias de Administración, financiamiento y la relación laboral y carrera funcionaria del personal que ejecuta acciones de atención primaria de Salud.

En este contexto, establece las normas generales del régimen laboral de atención primaria, definiendo como dotación, el número total de horas semanales de trabajo del personal que cada entidad administradora requiere para su funcionamiento durante el año, fijada antes del 30 de septiembre del año precedente considerando los siguientes criterios:

a. Población beneficiaria
b. Características epidemiológicas de la población beneficiaria
c. Normas técnicas programáticas impartidas por el Ministerio de Salud
d. Estructura organizacional sobre la base del plan de salud comunal
e. El número y tipo de establecimientos de atención primaria a cargo de la entidad administradora
f. La disponibilidad presupuestaria del año respectivo

La propuesta de dotación debe ser presentada al Servicio de Salud respectivo que, a través de su gestor de red, podrá observar la fijación de la Dotación de no cumplirse con los criterios de Normas

técnicas programáticas y la estructura organizacional establecida por la entidad administradora para su funcionamiento.

Esta dotación incluye a todo el personal afecto a la Ley 19.378 que ejecute acciones de salud primaria, incluido el personal de la entidad administradora, quienes realizan principalmente actividades administrativas y de gestión, razón por la cual, considerando que las acciones a evaluar por el gestor de la red son asistenciales que permitan dar cumplimiento de normativas técnicas programáticas es preponderante la definición de las horas semanales de la dotación destinadas a la asistencialidad en los establecimientos como aquellas destinadas a la gestión y la administración de los mismos, de acuerdo al siguiente esquema.

DOTACION COMUNAL						
DOTACION GESTION y ADMINISTRATIVA						
Categoría funcionaria		Estamento	Nº funcionarios	Nº horas semanal	Jornadas semanales	Nº horas habitantes / inscrito
Gestión Directiva	Directivos Dirección Salud	según definición comunal				
	Directivos Dirección CESFAM	según definición comunal				
Gestión administrativa		según definición comunal				
Sub Total						

DOTACION ASISTENCIAL					
Categoría funcionaria	Estamento	Nº funcionarios	Nº horas semanal	Jornadas semanal	Nº horas habitantes / inscrito
Categoría A	Médicos				
Odontólogos					
Químicos Farmacéuticos					
Categoría B	Enfermera				
Nutricionista					
Matrona					
Asistente Social					
Psicólogo					
Kinesiólogo					
Terapeuta Ocupacional					
Tecnólogo medico					
Educadora Párvulo					
Profesor Educación Física					
Fonoaudióloga					
Otro. Especificar					
Categoría C	TENS				
TANS					
TONS					
Tec. Rehabilitación					
Tec. Servicio Social					
Otro. Especificar					
Categoría D	Paramédico				
Categoría E	Administrativos				
Categoría F	Conductores				
Auxiliares de servicio					
guardias					
Sub Total					
DOTACION TOTAL		**0**	**0**	**0**	**0**

La importancia de la definición de la Dotación radica en la definición de la oferta de las prestaciones y acciones de salud de la comuna, enmarcadas en los criterios establecidos en la normativa vigente; como también en la definición de la dotación nacional requerida en igual fecha, para el cálculo de la dotación que le corresponde asignación de desempeño difícil tanto en los servicios de urgencia como en los establecimientos reconocidos como de desempeño difícil, por tanto la dotación comunal debe ser coincidente con la dotación requerida, en formato distinto, por el Servicio de Salud para estos fines, en igual fecha.

4.4.4. Plan de Participación

La salud es un derecho humano fundamental y un determinante de la calidad de vida; el concepto de "bienestar" implica dimensiones física, mental, emocional y social de la persona a lo largo del curso de vida, por tanto, no solo concierne al ámbito sanitario. Allí es donde las personas pueden decidir a nivel individual, familiar, grupal y comunitaria, en las temáticas socio sanitarias que les afectan en sus territorios y comunidad; como intervenir en las causa o factores que obstaculizan el desarrollo integral; como también en el control sobre la gestión pública desde la provisión de los servicios como en el uso y eficiencia de los recursos públicos que están destinados para ello.

La participación social en salud es un proceso que convoca a diferentes actores a trabajar de manera colaborativa por un objetivo común, a organizarse, a desarrollar acciones que puedan incidir en las situaciones de salud que los afectan. Para ello, se requiere apertura de los equipos de salud, generando la información y estableciendo los espacios para recoger y validar la diversidad de opiniones a través de una relación e interlocución horizontal con la comunidad, construyendo en conjunto propuestas tendientes a mejorar la situación de salud y la calidad de la atención.

En este proceso se deben generar lazos de confianza entre los equipos de salud y la comunidad organizada, donde la credibilidad y la legitimidad de los procesos son fundamentales para afianzar los vínculos entre ambos. De esta manera los dirigentes comunitarios asumen una acción protagónica en el control social de sus derechos e influyen en la toma de decisiones en Salud. Este control que ejerce la comunidad en participación social nos permite:

- Identificación de áreas criticas
- Mejorar la calidad de los servicios y programas
- Pertinencia de las acciones en relación a necesidades y expectativas
- Aumento de satisfacción usuaria

Se espera avanzar en participación social en salud, con la incorporación de la comunidad en todo el ciclo de planificación local: Diagnostico, programación, planificación, ejecución y evaluación de la salud de un territorio, especialmente en los planes de salud comunal; quien más que quienes viven en el territorio conocen las condicionantes y determinantes de la salud de ese territorio.

Para conocer el desarrollo de la participación social en Salud, especialmente en Atención primaria, en el Ministerio se realizó un diagnóstico sobre la participación de la comunidad en el proceso de planificación en salud mediante conversatorios con dirigentes comunitarios. En este diagnóstico participaron 105 personas de los Servicios de Salud de Coquimbo, del Libertador B. O'Higgins, Metropolitano Norte y Metropolitano Occidente; dirigentes comunitarios, referentes de participación de Servicios de Salud como de comunas. De los conversatorios en los que participaron dirigentes de larga trayectoria en salud, podemos señalar algunas conclusiones:

- Existe una gran heterogeneidad en el desarrollo de la participación social en los Servicios de Salud.
- El desarrollo de la misma, tiene relación a las voluntades y compromisos de los equipos de salud y sus directivos.
- Existe desconocimiento dispar de las temáticas de salud y en el nivel de atención pueden solucionar o resolver problemas
- Pérdida de credibilidad de la dirigencia hacia los equipos de salud en algunos Servicios de Salud. Sienten ser instrumentos para el logro de objetivos.
- Escasa participación en la planificación de salud de la comuna, aun cuando participen del diagnóstico, estos no son vinculante en la toma de decisiones.
- Los dirigentes sociales participan de los comités de gestión usuaria; en algunos casos señalan que es solo informativa.
- Los dirigentes sociales participan de los Consejos Consultivos de los Hospitales regularmente, no así de los Consejos de Desarrollo Local en los establecimientos de Salud primaria.

Respecto de los avances en los Servicios de Salud es importante destacar el trabajo en participación social de los siguientes Servicios de Salud:

La dirigencia social del SSMOC tienen una activa y constante participación de los procesos de planificación; están capacitados con diplomados para formación de líderes comunitarios; son dirigentes activos y empoderados; se observa apertura y acogida en el equipo de salud, el que genera espacios de diálogos con los dirigentes comunitarios y los convoca a participar de los procesos democráticos con las autoridades locales y comunales.

El SS O'Higgins, a pesar de lo extenso de la región, de la gran cantidad de comunas de su jurisdicción, de la ruralidad de las mismas y de la lejanía de muchas de estas, ha logrado empoderar a los dirigentes comunitarios con capacitaciones permanentes utilizando herramientas tecnológicas que permiten la conexión entre los equipos y la comunidad, especialmente en pandemia.

De esta manera y considerando que el modelo de atención integral en salud, incorpora la participación social y comunitaria, como eje fundamental en la construcción de alternativas que apunten a la equidad en materias de salud de las personas, de manera de abordar eficazmente las determinantes sociales que afectan la calidad de vida de las personas, y por tanto, como viven, su salud y su proceso de enfermedad; se hace necesario que la comunidad pueda ejercer el control ciudadano a fin de generar respuestas eficientes y eficaces respecto de las necesidades y expectativas de las personas, ejerciendo sus derechos y avance hacia la concreción y supervisión de los objetivos planteados, abordando intersectorial y transversalmente los factores estructurales que determinan la a salud de las familias y de la comunidad.

Dado a todo lo expuesto, el plan de salud comunal debe incorporar un plan de participación social cuyo objetivo general sea la contribución a mejorar la calidad de vida de las personas, familia y comunidad, fortaleciendo la participación social en la toma de decisiones y el control social para su ejecución, con formación permanente dirigentes y líderes comunitarios, fortaleciendo las estructuras y las instancias de participación social, que desde su autonomía realizan un trabajo colaborativo con los equipos de salud. El plan de participación debe contener:

- Objetivos generales del plan
- Objetivos específicos a trabajar en participación social
- Estrategias de implementación
- Actividades a realizar con la comunidad
- Indicadores de evaluación
- Los plazos para su ejecución
- Responsables de la acción

4.4.5. 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 con el 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).

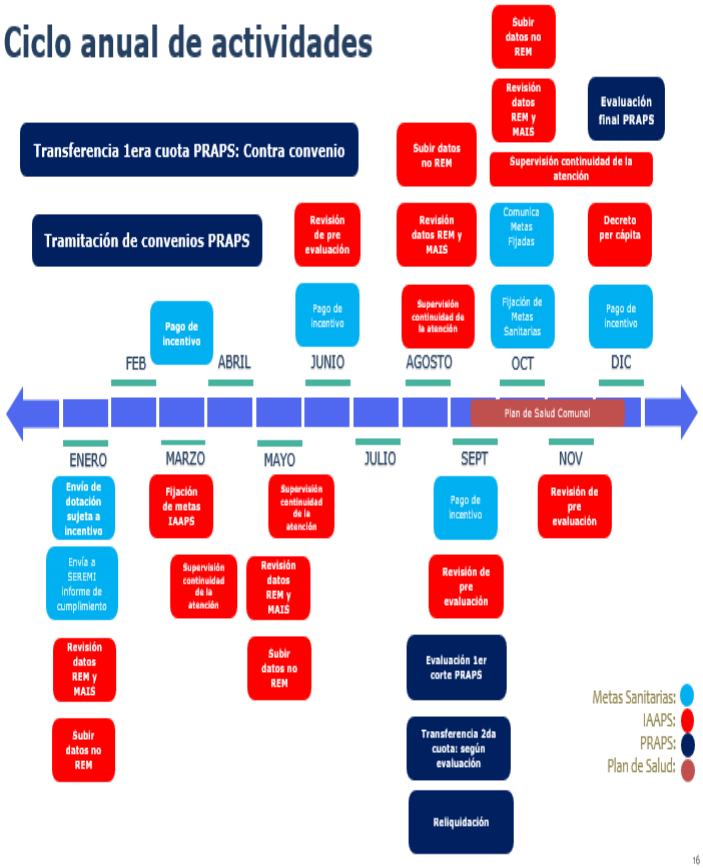
4.4.6. Cronograma del proceso de planificación

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

ACTIVIDADES/AÑO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
a) MINSAL comunica orientaciones	10			
b) Entidad administradora fija dotación	30			
c) Entidad administradora remite dotación a Servicios de Salud		10		

d) Servicio de Salud realiza observaciones a la dotación		10		
e) Servicio de Salud acuerda dotación definitiva		10 días contados desde la recepción		
f) alcalde remitirá el Programa Anual al Servicio de Salud			30	
g) Servicio de Salud remite Programa de Capacitación Comunal aprobados a Ministerio de Salud			30	
d) Servicio de Salud entrega observaciones al alcalde, con respecto al programa municipal en caso de no ajustarse a las normas técnicas del Ministerio de Salud			30	
e) Entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre.				30

Figura Nº14: Diagrama de actividades anual.



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP. Elaboración propia.2019

CAPÍTULO V. PROCESO PROGRAMÁTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

La programación operativa es un instrumento que debe sistematizar los aspectos "concretos y medibles" 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.

Se espera que la Programación en Atención primaria, se incorpore como una herramienta tanto para equipos gestores, de cabecera como para directivos de establecimientos y de nivel comunal. Para los equipos técnicos, utilizando el proceso programático y los resultados que se generen de este como insumo para el trabajo con la población a cargo, identificar variaciones en su estructura, producción de actividades relacionadas a los requerimientos de esta población y construcción de agendas de profesionales que den respuesta a la programación por sector territorial. A nivel de directivos, utilizando la Programación como herramienta que permite identificar y abordar el cierre de 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.

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.

Los productos de la Programación esperados en la Red son los siguientes:

a. Estimación de cuidados primarios:

- Demanda de morbilidad según tasa de consulta, de prevalencia de condiciones crónicas por grupo de edad y grupo de riesgo (ver Estimación de recursos y demanda)
- Estimación de controles de salud y de condiciones crónicas según población bajo control, cobertura, concentraciones y rendimientos.
- Estimación de actividades grupales, comunitarias, domiciliarias y de promoción de la salud
- Estimación del PNI.
- Estimación del PNAC y PACAM.
- Estimación de procedimientos.

- Estimación de Interconsultas al nivel de mayor complejidad
- Estimación de atenciones remotas.

b. Estimación de recursos necesarios:

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

c. Oferta de recursos

Oferta de horas técnico-profesional para entregar cuidados primarios.

d. Brechas de Recursos

Brecha de horas técnico-profesional para cuidados primarios entre estimación y oferta de recursos. Es importante señalar que la dotación de atención primaria debe considerar los recursos que se requieren para el cumplimento del plan, más allá de que en la actualidad no se encuentren todos los cargos provistos.

5.1 MATRIZ DE PROGRAMACIÓN EN ATENCION PRIMARIA

El marco conceptual del proceso es el modelo de salud con enfoque familiar y comunitario y para realizar esta actividad, el equipo debe conocer a su población a cargo, total, sectorizada y bajo control en sus datos demográficos.

Es necesario definir qué actividades se realizarán las cuales son parte de la cartera de servicios de la atención primaria (decreto vigente).

Los datos se presentarán en una planilla programática, que es el instrumento de programación operativa que contiene esta cartera de prestaciones[27] considerando además aquellas actividades de programas de reforzamiento.

Definiciones técnicas:

- Actividades: Las actividades corresponden a las acciones que se deben implementar para alcanzar los objetivos propuestos. Identifica qué se va a hacer.
- Población: Grupo de personas a la que va dirigida la actividad.
- Cobertura: Porcentaje de población a asistir
- Concentración: Número de veces que una determinada actividad se realiza en un año
- Instrumento: Profesional o técnico que ejecuta las actividades.
- Rendimiento: Número de veces que se realiza un tipo de actividad durante una hora cronológica

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.

27 Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf

Asimismo, el contexto epidemiológico y sanitario a nivel nacional o territorial puede llevar a que los equipos realicen adaptaciones de la programación, modificación de la oferta de prestaciones, priorización de estas, reconversión de modalidad de entrega de prestaciones, entre otros ajustes que necesariamente se traducirán en una reprogramación de las actividades.

5.1.1. PROGRAMACIÓN OPERATIVA

Se considerará para este proceso 52 semanas anuales iniciales, a las cuales debemos descontar los días no hábiles del año a programar según los siguientes criterios:

Descuentos generales:

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

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

Dejando un total de 220 días a programar

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

Permisos Administrativos:

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

*fraccionables

Capacitación:

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

5.1.2. ACTIVIDADES A PROGRAMAR

Las prestaciones y/o acciones de salud, cuya ejecución concede derecho al aporte estatal, se resumen en el "Plan de Salud Familiar", como un conjunto de acciones de salud para diversas necesidades de las personas en su curso de vida, contribuyendo a ejercer la función de la atención primaria en su territorio a cargo, en la mantención de la salud de las personas, mediante prestaciones y/o acciones de fomento, prevención y recuperación de la salud y rehabilitación cuando corresponda.

Las prestaciones del Plan de salud Familiar se deben programar de acuerdo a la población validada de la comuna, la situación epidemiológica, al diagnóstico de situación de salud, diagnostico participativo, a la asignación de prioridades a los problemas detectados, al escenario más probable en el periodo a programar y a la evaluación de las acciones y programas ejecutadas el año anterior.

Las prestaciones o acciones del Plan de salud familiar son las siguientes:

1. Prestaciones por curso de vida
   - Salud de Niños y Niñas
   - Salud Adolescentes
   - Salud de la Mujer
   - Salud de Adultos y Adultas
   - Salud de Adultos y Adultas mayores

2. Actividades con garantías explicitas en salud asociadas a Programas

3. Actividades generales asociadas a todos los programas

	PROGRAMA SALUD NIÑO Y NIÑA
1	Control de Salud Niño sano
2	Evaluacion Desarrollo Psicomotor
3	Control de malnutricion
4	Control lactancia materna
5	Educacion a grupos de riesgo
6	Consulta Nutricional
7	Consulta Morbilidad
8	Control de Enfermedades Cronicas
9	Consultas por deficit de DSM
10	Consulta Kinesica
11	Consulta y consejeria Salud mental
12	Vacunacion
13	Programa Alimentacion Complementaria
14	Atención a domicilio
15	actividades comunitarias de Salud mental con profesores de Establecimientos educacionales
16	Examen de Salud Odontologico
17	Educacion grupal odontologica
18	Consulta Odontologica preventiva , incluye barniz de fluor , educacion idividual cons instrucción de higiene, pulido coronario y sellantes
19	consulta tratamineto odontologico incluye obsturaciones, pulpotomias
20	Consula urgencia odontologica, incluye exodoncia
21	Radiografías Odontológicas

	PROGRAMA DE SALUD DEL ADOLESCENTE
22	Control de salud
23	Consulta morbilidad
24	Control crónico
25	Control prenatal
26	Control de puerperio
27	Control de regulación de fecundidad
28	Consejería en salud sexual y reproductiva
29	Control ginecológico preventivo
30	Educación grupal
31	Consulta morbilidad obstétrica
32	Consulta morbilidad ginecológica
33	Intervención Psicosocial
34	Consulta Kinesica
35	Consulta Nutricional
36	Consulta y/o consejería en salud mental
37	Programa Nacional de Alimentación Complementaria
38	Atención a domicilio.
39	actividades comunitarias de Salud mental con profesores de Establecimientos educacionales
40	Examen de Salud Odontologico
41	Educacion grupal odontologica
42	Consulta Odontológica preventiva , incluye barniz de fluor , educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario y sellantes
43	consulta tratamineto odontologico incluye obsturaciones, destartrajes
44	Consula urgencia odontologica, incluye exodoncia y endodoncias en primera fase
45	Radiografías Odontológicas

PROGRAMA DE LA MUJER	
46	Control prenatal
47	control preconcepcional
48	Control de puerperio
49	Control de regulación de fecundidad
50	Consejería en salud sexual y reproductiva
51	Control ginecológico preventivo, incluye control de climaterio en mujeres 45 a 64 años
52	Educación grupal
53	Consulta morbilidad obstétrica
54	Consulta morbilidad ginecológica
55	Consulta nutricional
56	Programa Nacional de Alimentación Complementaria
57	Ecografía Obstétrica del Primer Trimestre
58	atención integral a mujeres mayores de 15 años que sufren violencia intrafamiliar
59	Examen de Salud Odontologico en gestante
60	Educacion grupal odontologica en gestante
61	Consulta Odontologica preventiva , incluye barniz de fluor , educacion idividual cons instrucción de higiene, pulido coronario
62	consulta tratamineto odontologico incluye obsturaciones, destartrajes
63	Consula urgencia odontologica, incluye exodoncia y endodoncias en primera fase
64	Radiografías Odontológicas

PROGRAMA DEL ADULTO	
65	Consulta de morbilidad
66	Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de Control de enfermedades respitaorias del adulto de 20 años y mas
67	Consulta nutricional
68	Control de salud
69	Intervención psicosocial
70	Consulta y/o consejería de salud mental
71	Educación grupal
72	Atención a domicilio
73	Atención podologia a pacientes con pie diabético DM
74	Curación de Pie diabético
75	Intervención Grupal de Actividad Física
76	Consulta Kinesica
77	Consulta Odontologica preventiva , incluye barniz de fluor , educacion idividual cons instrucción de higiene, pulido coronario
78	consulta morbilidad odontologico incluye examen de salud odontologico, obsturaciones, destartrajes
79	Consula urgencia odontologica, incluye exodoncia y endodoncias en primera fase
80	Radiografias Odontologicas
81	control de sospecha de virus hepatitis C

PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR	
82	Consulta de morbilidad
83	Consulta y control de enfermedades crónicas, incluyendo aquellas efectuadas en las salas de Control de enfermedades respitaorias del adulto mayor de 65 años y mas
84	Consulta nutricional
85	Control de salud
86	Intervención psicosocial
87	Consulta de salud mental
88	Educación grupal
89	Consulta kinésica
90	Vacunación antiinfluenza
91	Atención a domicilio
92	Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor
93	Atención podologia a pacientes con DM
94	Curación de Pie Diabético
95	Consulta Odontologica preventiva educacion idividual cons instrucción de higiene, pulido coronario
96	consulta morbilidad odontologico incluye obsturaciones, destartrajes y pulido coronario
97	Consula urgencia odontologica, incluye exodoncia y endodoncias en primera fase
98	Radiografias Odontologicas
99	control de sospecha de virus hepatitis C

ACTIVIDADES GENERALES ASOCIADAS A TODOS LOS PROGRAMAS	
117	Educación grupal ambiental
118	Consejería familiar
119	Visita domiciliaria integral
120	Consulta social
121	Tratamiento y curaciones
122	Extensión Horaria
123	Intervención Familiar Psicosocial
124	Diagnóstico y control de la TBC
125	visita domiciliaria de seguimiento
126	Exámenes de Laboratorio Básico

Fuente: Decreto 29 DETERMINA APORTE ESTATAL A MUNICIPALIDADES QUE INDICA, PARA SUS ENTIDADES ADMINISTRADORAS DE SALUD MUNICIPAL, MINISTERIO DE SALUD; SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES.24 marzo 2021.

Las actividades corresponden a las acciones que se deben implementar para alcanzar los objetivos propuestos y deben ser pensadas para abordar integralmente el problema de salud. Se pueden clasificar de la siguiente manera:

a. Actividades de Promoción de la salud

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
- Comunicación social para la salud: actos comunitarios como ferias, carreras, uso de redes sociales como espacios educativos, experiencias en radios comunitarias.

b. Actividades de Prevención y Protección Específica.

Ejemplos:

- Vacunaciones
- Consultas o controles (Medicina, Enfermería, Nutrición, Psicología, Social, Odontológica, Regulación de la Fertilidad, Tamizaje de cáncer cervicouterino y cáncer de mamas, etc.) incluyendo a niños, niñas y adolescentes (NNA) que pertenecen a programas Servicio Nacional de Menores (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
- Educación grupal a personal técnicos y profesionales de Servicio Nacional de Menores, de centros residenciales correspondientes al territorio del centro de salud, en temáticas de desarrollo infantil temprano, prevención de salud mental, fármacos, entre otros.
- Actividades comunitarias para acercar el Test visual/rápido de VIH a la población.

c. Actividades de curación y rehabilitación.

Ejemplos:

- Diferentes consultas para atender la morbilidad por cada profesional del equipo de salud en establecimiento 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 usuarios con problemas de salud.
- Creación de grupos de autoayuda.

d. Actividades de educación y generación de auto responsabilidad individual y comunitaria.

Ejemplos:

- Educación individual y grupal de usuarios con problemas de salud y población general
- Campañas de difusión y sensibilización de problema de salud
- Creación de grupos de apoyos
- Conformación de Consejos Consultivos de Jóvenes
- Creación de grupos de autoayuda.

e. Actividades de participación social y generación de control social comunitaria.

- Reuniones vecinales y comunales
- Comité de gestión usuaria
- Formación de líderes o monitores comunitarios.
- Buenas prácticas que vinculen al equipo de salud con la comunidad (proyecto de colaboración de distintas índoles).
- Reuniones con usuarios, grupos comunitarios
- 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.

f. Actividades Complementarias y de apoyo a la gestión de Programas.

Ejemplos:

- 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
- Reuniones de trabajo intersectorial incluyendo a población niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que pertenecen a programas del Servicio Nacional de Menores (ambulatoria, residencia y otros)
- Jornadas de Capacitación sobre el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) en el Establecimiento de Atención primaria.
- Reuniones clínicas de los diferentes estamentos/profesiones de cada Centro de Salud Familiar. Corresponderá a la Dirección de cada Centro de Salud, la definición de frecuencia, duración y protocolos para la realización de éstas.
- Actividades administrativas que facilitan la gestión y de acorde al modelo. (jefes de sector, referentes de programáticos, Encargados de Unidad, etc.)

g. Actividades de desarrollo del Modelo de Salud Familiar

- Reuniones de sector: reuniones de todos los integrantes de los equipos de cabecera. Se sugiere frecuencia semanal en horario y duración a definir en cada establecimiento.
- Evaluación del riesgo familiar
- Cuidado integral de personas con condiciones crónicas, según riesgo de complicaciones.

Se espera que las actividades deben contar con protocolos, en donde se pueda especificar qué se entiende por cada una de ellas y describa la manera de cómo se realizarán. Los protocolos establecen para cada actividad:

A quién se dirige la actividad (sano o enfermo)

Cómo la definimos conceptualmente

- Quién la ejecuta: como recurso principal (Médico, Enfermera u otro), como recurso alterno o como recurso simultaneo, etc.
- Cómo se debe realizar (descripción del procedimiento)
- Cuántas veces se ejecuta. 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 como se mencionó anteriormente 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. Las consultas programadas por Telemedicina deberán regirse por un rendimiento sugerido de 3 consultas por hora para la modalidad sincrónica y 6 consultas por hora en modalidad asincrónica, resguardando el proceso de referencia y contrarreferencia.

H. Actividades Remotas: Continuidad de los cuidados integrales en el contexto Pandemia[28]

En el último tiempo hemos visto cómo, a raíz de la pandemia por COVID-19, la Atención Primaria de Salud ha debido adaptarse a este desafío e implementar varios cambios en su quehacer habitual, con el fin de abordar de mejor manera el flujo de consultas. Además del refuerzo a las atenciones presenciales en los establecimientos de salud y las visitas domiciliarias, se han implementado prestaciones remotas con seguimiento a distancia para dar continuidad en la atención, resguardando la seguridad de los(as) usuarios(as) y sus familias ante el contagio. En otros casos se ha determinado, diferir o aplazar la atención a otro momento epidemiológico. Esto ha implicado un proceso de reorganización de los sistemas de salud, con el fin de contener la pandemia y a la vez, mantener la

continuidad de las prestaciones de Atención Primaria.

Reforzar los equipos de Atención Primaria, entrenados en el conocimiento y seguimiento de la salud de la población, con competencias, organización y recursos, será el modelo más eficiente para actuar ante pandemias y catástrofes, pero también para proporcionar cotidianamente una atención más humanizada, cercana y disponible a lo largo del tiempo.

Definiciones de Atenciones Remotas (Ord. A15 n°2448)

Las tecnologías de información constituyen un recurso para mejorar la efectividad de los programas de cuidados para personas con enfermedades crónicas. El apoyo a través de tecnologías como el teléfono, puede contribuir a mejorar la continuidad del tratamiento y apoyar a los pacientes a instaurar y mantener un estilo de vida que contribuya al control de su enfermedad. El telecuidado realizado por profesionales, apoyados por otras tecnologías, permite incrementar la efectividad de la comunicación entre pacientes y el equipo de salud.

Telemedicina: Es la atención de salud a distancia que permite hacer diagnósticos, efectuar tratamientos, prevenir enfermedades y rehabilitar. Es realizada por profesionales que utilizan tecnologías de información y de comunicación para intercambiar datos con el fin de facilitar el acceso y la oportunidad en la prestación de servicios a la población que presenta limitaciones de acceso o de oferta a los servicios en su área geográfica.

Tele consulta: Corresponde a una consulta a la distancia realizada a través de tecnologías de la información y telecomunicaciones entre un paciente y uno (o más) miembro(s) del equipo de salud que se encuentran respectivamente ubicados en lugares geográfico distintos respecto del y que tienen la posibilidad de interactuar entre sí. Podría darse que durante dicho acto tele médico también participen (adicionalmente) con algún rol y funciones miembros de los equipos de salud que se encuentran físicamente al lado o en el mismo lugar del paciente. (Cens-Guía de Buenas Prácticas y Recomendaciones. Abril 2020).

Seguimiento remoto: Toda actividad con contacto efectivo con el fin de realizar seguimiento clínico, rescate u otra actividad no asimilable a las actividades regulares para mantener vigilancia del estado de salud en el marco del Programa, realizado de manera remota ya sea vía telefónica o mediante otro medio digital.

Estas pueden ser a través de:

a. Llamadas telefónicas Se refiere al contacto efectivo (definido como el contacto directo y en tiempo real- sincrónico), vía llamada telefónica, que realiza el equipo con las/os usuarios.

28 Minsal, Subsecretaria de redes, Ordinario N°3991.Orinetaciones técnicas para la continuidad de la atención en la APS, en contexto covid.30122020.

En los casos de los adolescentes menores de 15 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente o durante la llamada telefónica o video llamada, por el adolescente). En los adolescentes entre 15 y 18 años se debe dejar explicitado con éste, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

b. Video llamadas: Es un modo de videoconferencia que involucra a dos usuarios que pueden verse y escucharse al mismo tiempo. Durante una videollamada los usuarios pueden compartir archivos y otro contenido multimedia, por ejemplo, compartir su escritorio, intercambiar mensajes de texto y usar herramientas de colaboración proporcionadas por la videoconferencia.

c. Mensajería de texto: Se refiere al contacto, vía mensaje de texto, ya sea SMS o WhatsApp, que realiza el equipo con las/los usuarios.

   En los casos de los adolescentes menores de 15 años, este contacto debe ser realizado con un adulto responsable (identificado previamente por el adolescente). En los adolescentes entre 15 y 18 años se debe dejar explicitado con ella/él, que bajo ciertas condiciones se contactará al adulto responsable.

   Como condición para el registro, se considera un contacto efectivo cuando sean mensajes respondidos por las personas, idealmente que se aborden todos los aspectos que se requiere conocer de la persona. En el caso que no exista respuesta al mensaje, no podrán ser considerados como efectivos, por lo que no son acciones para este registro.

Consejería Remota: Relación de ayuda, entrega de información y educación que puede realizarse en una o más sesiones, que se desarrolla en un marco de confidencialidad, escucha activa, acogida y diálogo abierto. Considera las necesidades y problemáticas particulares de cada persona y tiene como objetivo promover y fortalecer el desarrollo de las potencialidades, de manera que la persona descubra y ponga en práctica sus recursos, tome decisiones en la consecución de su estado de bienestar integral. Esta intervención está dirigida a la población general y debe realizarse con enfoque de Derechos, Género y No discriminación, con pertinencia cultural y centrada en las necesidades de la persona. Se realiza de forma remota ya sea vía telefónica o mediante otro medio digital que permita interacción, considera todas las temáticas asociadas a salud sexual y salud reproductiva definidas en REM A19 A, así como también las de Lactancia.

Taller Remoto: actividades destinadas a reforzar hábitos y/o actitudes que favorezcan la vida saludable, crianza respetuosa, como también promover autocuidado y prevención de prácticas de riesgo, realizadas a través de otros canales de comunicación (no presenciales), tales como medios electrónicos, informáticos y/o audiovisuales que se dispongan para cumplir con el objetivo. Éste debe ser sincrónico.

Registro:

REM-A.32: Actividades de Salud Priorizadas, contexto de Emergencia Sanitaria (no contenidas en los registros habituales de REM)

La incorporación de este REM para el período 2021-2022, tiene por objetivo disponer un registro para aquellas actividades, implementadas tanto en la atención primaria como secundaria, ante la eventualidad de una emergencia sanitaria, que impida realizar las atenciones de forma presencial en los centros de salud y que no se encuentran contenidas en REM habituales.

5.1.3. EJEMPLO MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

Actividad	Grupo objetivo	Población atender	Cobertura	Concentración	N.º Actividades	Rendimiento	Médico			Matrona		
CICLO VITAL INFANTIL							%	N.º. Act.	N.º. Hrs	%	N.º. Act.	N.º. Hrs
Control de diada	Puérperas y recién nacidos od - 27 d	465	100%	1	465	1				100	465	2.1
Control de Salud	1 mes	465	100%	1	465	2	100	465	1.06			

Fuente: elaboración propia

- Se determina la cobertura, porcentaje de población que se atenderá.
- Se determina el lugar/es en que se desarrollará la actividad

En el ejemplo, se divide el total de actividades por el rendimiento y luego, por los días hábiles disponibles para ejecutar la actividad (ejemplo 220 días). En este caso, tenemos 465 actividades de "control diada" para la profesional matrona, las cuales deben dividirse por el rendimiento (1 control por hora) y luego por los 220 días hábiles para el año.

A continuación, se determina la organización del trabajo de los recursos humanos: en el ejemplo se necesitan 2,1 horas diarias de matrona para control de diada y 1,06 horas diarias de médico para control de salud. En el cálculo semanal, se necesitan 10 horas de matrona a la semana para control diada y 5 horas de médico a la semana para control salud infantil.

Reconocer por anticipado esta carga horaria permitirá definir la forma de construcción de la agenda profesional, considerando el rendimiento definido para cada actividad. Se espera que el proceso programático derive en un correlato con el proceso de agendamiento, es decir, que los cupos ofertados a la población sean coherentes con la demanda asistencial según las actividades programadas. Todo esto, considerando que las prestaciones se otorgan en un contexto sanitario habitual.

La matriz de programación debe quedar reflejada en las agendas de los profesionales de la salud, en forma diaria, semanal, mensual y anual. Dando cuenta que ambos instrumentos reflejan lo mismo. (evaluado en el COMGES)

5.2. PROPUESTA PLAN DE TRABAJO "PROCESO PROGRAMÁTICO"

A modo de recomendaciones se precisan algunas prestaciones con coeficientes técnicos propuestos, cobertura, concentración y rendimiento. Los rendimientos propuestos, hacen referencia a las actividades realizadas dentro de los establecimientos, y podrán ser ajustadas en caso de que las prestaciones sean en domicilio u otro lugar que cumpla los criterios de calidad propuestas en las orientaciones programáticas.

Actividad	Cobertura	ConcentraciónAnual	Rendimiento
Consulta morbilidad	100%	Infancia ypersonas mayores 2 Otros 1	3
Control de salud integral de Niños y Niñas (NN) de 0 a 9 años	100%	NN de 0 a 11 meses 6	2
	100%	NN de 12 a 71 meses 1	2
	100%	NN de 72 meses a 9 años 1	3
Control de salud integral con aplicación de instrumentos de evaluación del DSM	100%	NN de 8 y 18 meses 1	1,5
	100%	NN de 3 años 1	1
Consulta Nutricional en la infancia	100%	NN de 5 meses y NN de 3 años 6 meses 1	2
Control de SaludIntegral de Adolescentes (10 a 19 años) * 1	100%	1	1,3- 2
EMP (Examende medicina Preventivo)	33%	Adulto 1 cada 3 años	3
	100%	Adulto mayor 1	1.5
Control decrónicos *	100%	DiabetesMellitus II 4	2-3
	100%	Hipertensiónarterial 4	2-3
	100%	Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 2-3	2

Cuidado integral de personas con multimorbilidad crónica	100% personas de 15 y más años con alto riesgo de complicaciones (G3)	Ingreso integral 1 Control integral 4 Seguimiento a distancia 6	Ingresos 1 Controles 1.3 Seguimiento a distancia 4
	Ver detalle según nivel de riesgo en apartado 5.2.1. a) cuidado integral centrado en la persona. Rendimiento se incorporan 10 minutos para actividades de higienización entre paciente y paciente		
Visita domiciliaria integral	25%	1	1
Visita domiciliaria integral a personas con dependencia severa	100%	2	1
Control prenatal	100 % Ingreso	1	1
	100% seguimiento	6	2
Control ginecológico preventivo (20 -64 años) considera Examen de medicina Preventivo.	33%	1	2
Control preconcepcional	100%	2	2
Atención por Salud Digital	Estimación por referencia a especialidad del año anterior	2	3
Consejería familiar	20% familias en riesgo	3	2-3
Consejería familiar integrante con condición crónica	20% familias en riesgo y con integrante con condición crónica	3	2-3

Consulta kinésica	Infancia 100 % Ira baja < 5 años	3,25	3-4
	Infancia 100 % ingreso asma	1	2-3
	Adulto y Adulto Mayor 100% EPOC	2	2-3
	Adulto y Adulto Mayor 100% ASMA	2	2-3
	20 a 30 % Rehabilitación pulmonar (paciente Enf. Pulmonar obst. crónica) presencial o remota según contingencia	26	0,75
	Otros diag. Respiratorios	1	1
Consulta kinésica	Adulto Mayor 30-50% neumonía adquirida en la comunidad (NAC)	3,25	2-3
Consulta nutricional	100% adulto según prevalencia u observado	1	3
Consejería Salud Sexual Reproductiva	100% Adolescentes 10 a 19 años que presentan riesgo en salud sexual reproductiva	2	2-3
Consejería salud mental**	80% de la población	1	2-3
Intervención Psicosocial Grupal**	17% de la población potencial con trastornos mentales.	4-6	0.5
Consulta de Salud Mental**	17% de la población potencial con trastornos mentales.	1-2	1.5-2

Control por Psicólogo**	17% de la población potencial con problemáticas de salud mental y/o trastornos mentales.	4-6	1.5
Control de Salud Mental por otros profesionales **	17% de la población potencial problemáticas de salud mental y/o trastornos mentales.	4-6	1,5-2
Intervención comunitaria en establecimientos educacionales	1%	2-4	0.5
Consultorías de salud mental**	12 consultorías por cada centro de APS (CESFAM y Hospitales Comunitarios)	12consultorías anuales	0.25
Colaboración con grupos de autoayuda	70% de los grupos de autoayuda del centro de APS recibe asesoría por parte del equipo de salud.	3-6	0.5
Primeros auxilios psicológicos (PAP)**	100% de los usuarios que solicitan la intervención	1	2-3

** De acuerdo con la prevalencia observada y al riesgo.

*1 En el Control de Salud de Adolescentes realizado de manera remota el rendimiento es de 30 a 45 minutos. Cuando se realiza de manera presencial (Control de Salud Integral), se estima un rendimiento de 45 minutos.

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

Actividades	% Cobertura	Concentración	Estándar de rendimiento
CERO 0 a 9 años	48% de niños y niñas menores de 10 años con enfoque de riesgo odontológico (CERO)	1 a 3	2 a 3
Morbilidad 0 a 9 años	25% en niños y niñas menores de 10 años	1 a 3	2 a 3

CERO 10 a 19	20% adolescentes de 10 a 19 en control odontológico	2 a 3	2 a 3
Morbilidad 10 a 24	25% de población general. Se priorizan GES, adolescentes y jóvenes de PSCV	1 a 4	2 a 3
Morbilidad 25 a 64	25% de población general. Se priorizan GES y adultos del PSCV	1 a 4	2 a 3
Morbilidad 65 y más	25% de población general, priorizando a personas mayores de PSCV	1 a 4	2 a 3
Urgencia toda la población	2,5% población general	1	3 a 4

A modo de recomendación, se destacan algunas actividades, dando mayor cobertura a la población infantil y adolescente para controles preventivos, considerando que las patologías bucales en su mayoría son crónicas y tienden a aumentar en prevalencia y severidad con la edad. Al aumentar los controles preventivos se puede tener más impacto en la salud de la población, anticipándose al daño, al implementar medidas preventivas según riesgo de enfermar. Por otro lado, las consultas de morbilidad/tratamiento se distribuyen en forma más equitativa, de acuerdo a la necesidad de la población consultante. Es importante el trabajo interdisciplinario de todo el equipo de salud para la prevención y control de las patologías crónicas. Los rendimientos pueden variar según la fase de la pandemia de COVID 19, situación epidemiológica local y riesgo de contagio.

En relación a las horas administrativas asociadas a la gestión de programas odontológicos a cargo de la/el Jefa/e o Encargada/o de Programa, que contempla acciones de monitoreo de cumplimientos asociados a metas sanitarias e indicadores IAAPS, gestión de agendas, reuniones de coordinación y rescate de pacientes GES, entre otras, se sugiere destinar, dentro de la programación, de 6 a 11 horas semanales a quien cumpla estas funciones, con el fin de resguardar los tiempos adecuados para cumplir con dichas actividades. La distribución de las horas semanales se definirá localmente.

Se reconoce además la figura del Odontólogo Contralor (interconsultor),cuyas funciones principales son verificar que las interconsultas cumplan con la pertinencia clínica y administrativa para ser derivadas, categorizando su priorización según los protocolos de especialidad establecidos, velando por la correcta especialidad y establecimiento de destino[29]. Para estas actividades se sugiere destinar en la programación de actividades, de 2 a 4 horas semanales, considerando la población inscrita y validada del establecimiento y la cantidad de dentistas que trabajan en él y que, potencialmente, realicen derivaciones a otros establecimientos de la red.

5.2.1. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

a. Cuidado integral centrado en las personas en contexto de la Multimorbilidad crónica.

Se entiende cada instancia de encuentro con la persona, como una posibilidad de definición de objetivos terapéuticos consensuados en conjunto que definirá derivaciones según las necesidades que se prioricen en ese ingreso o control según el estado de salud con que acuda la persona y no un

29 Protocolos de referencia y contrarreferencia de especialidades odontológicas. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial. Depto. Odontológico. MINSAL

protocolo de atención y derivación estandarizado que no incorpore a la persona en la toma de decisiones. En donde programar atenciones para personas con multimorbilidad no es más que reflejar el modelo de salud familiar en una planilla, dado el enfoque en la persona y el entorno que este tiene.

Población objetivo: Población adulta de 15 y más años con 2 o más condiciones crónicas no transmisibles (Diabetes Mellitus II, Hipertensión Arterial, Artrosis, Hipotiroidismo, Enfermedad Respiratoria Adulto, Enfermedad de Parkinson, Epilepsia, Trastornos de salud mental, entre otras).

Actividades y coeficientes técnicos

Previo a realizar la programación operativa, debe contar con el número de personas por cada grupo de riesgo, (riesgo alto G3, riesgo moderado G2 y riesgo leve G1) y en consecuencia los requerimientos de horas de cada profesional de equipos clínicos de acuerdo a estimaciones propuestas.

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

Dichos coeficientes técnicos, se ajustaron conforme las condiciones de complejidad y riesgo de las personas con multimorbilidad, considerando un mayor tiempo en la agenda para estas atenciones que abordan el cuidado integral de personas con multimorbilidad, con el objeto de resguardar un cuidado centrado en la persona. Asimismo, se sugiere la atención en duplas de profesionales cuando corresponda

Respecto a la concentración, tener en consideración la frecuencia que se establezca en el plan de cuidado acorde a los objetivos terapéuticos. En términos generales, se recomienda una frecuencia de 2 a 4 atenciones al año por diferentes profesionales del equipo de salud. Asimismo, se recomienda considerar en la programación tiempo administrativo para el equipo gestor (profesional, TENS), 1 a 2 horas semanales.

Mencionar que está disponible de forma asincrónica desde salud digital las células de diabetes, nefrología, dermatología y geriatría, para derivación desde la atención primaria. Conforme realidad local, se recomienda en población con condiciones crónicas descompensada hacer uso de ésta. Se estima un rendimiento de 2 por hora en el ingreso de la solicitud de interconsulta a la plataforma.

Registro en REM: Considerando que para la implementación de la estrategia y su consolidación deberá ocurrir una transición desde la lógica programática a la centrada en la persona, que no será inmediata, deberá efectuarse, además, de este registro, el registro habitual de ingresos, controles y actividades definidas por programa, según corresponda.

En REM A01, se registran las prestaciones de control integral y seguimiento a distancia según riesgo de complicación (G3, G2, G1).

En REM A05, se registran los ingresos a cuidado integral y plan de cuidado integral consensuado según riesgo de complicación (G3, G2, G1).

A fin de contar con información fiable, se releva la importancia de reforzar la calidad y completitud del registro.

Evaluación: se recomienda realizar en forma periódica auditoria de fichas, con el fin de evaluar el cumplimiento de los objetivos de esta prestación. Así como también, evaluar la programación a fin de efectuar los ajustes requeridos.

b. Actividades de odontología en atención primaria y en contexto de red

En la tabla a continuación se describen las prestaciones, tipo de atención, modalidad de atención y prestaciones odontológicas a incluir en el proceso programático en la Atención primaria. Cabe señalar que, al igual que el resto de las prestaciones de salud, deben encontrarse integradas y adecuadas a cada etapa del ciclo de vida del individuo, considerando todos aquellos determinantes que definen el estado de salud y enfermedad y el riesgo de desarrollar patologías buco dentarias. Por último, se hace necesario el precisar que la atención odontológica también forma parte de un continuo entre los distintos niveles de atención, de manera de entregar un cuidado integral al usuario y que obliga a los servicios de salud a revisar constantemente su gestión en este ámbito. Una descripción con mayor detalle del tipo de las actividades de salud odontológica en la Atención primaria y en contexto de Red se describe en el anexo N°20 asociado a este documento.

Prestaciones	Tipo de Atención	Modalidad de Atención	Descripción
Examen de Salud Odontológica	Diagnóstico	Individual	Diagnosticar estado de salud bucal y plantear plan de tratamiento. Cada ingreso a tratamiento debe incluir el examen de salud bucal y registro COPD/ ceod. También incluir "Examen Periodontal Básico (EPB)", según indicación clínica y posibilidad de realización. Puede realizarse en el establecimiento de salud, domicilio, establecimiento educacional u otro lugar adaptado para ello.
Educación Grupal Odontológica	Promoción	Grupal	Sesión educativa dirigida a grupos específicos, realizada en el centro de salud o fuera de él a más de 1 persona, respetando el distanciamiento social según los espacios, en contexto pandemia

Consulta Odontológica Preventiva/ Control con Enfoque de Riesgo Odontológico	Prevención	Individual	Esta prestación incluye anamnesis, examen, aplicación de Pauta CERO, educación individual con instrucción de higiene, entrega de estrategias de prevención. Pulido coronario, aplicación de flúor barniz y sellantes, según corresponda. Un usuario puede recibir uno o más controles odontológicos al año, según su riesgo odontológico, que considera el refuerzo de las estrategias de prevención. Puede realizarse en el establecimiento de salud, domicilio, establecimiento educacional, de forma remota u otro lugar adaptado para ello.
Consulta Morbilidad/ Tratamiento Odontológico	Tratamiento	Individual	Esta prestación incluye anamnesis, examen y medidas terapéuticas (destartraje supra y subgingival. amalgamas, obturaciones estéticas, obturaciones de vidrio ionómero, pulpotomía y exodoncia), según corresponda. Un usuario puede recibir una o más consultas de morbilidad odontológica en un año.
Radiografías Odontológicas	Diagnóstico	Individual	Incluye la toma de radiografías retroalveolares, bite-wing y oclusales.
Consultas Urgencias Odontológicas	Tratamiento	Individual	Actividades realizadas en el tratamiento de la urgencia dental como exodoncias y procedimientos médicos- quirúrgicos, que incluyen la urgencia odontológica ambulatoria GES, tales como: Tratamiento GUNA, complicación post exodoncia, pericoronaritis, pulpitis, tratamiento de traumatismo dentoalveolares, trepanación, ferulización, aseo quirúrgico o curetaje alveolar, sutura, drenaje de absceso submucoso u otro, diagnóstico de flegmón orocervical de origen odontogénico, indicación de radiografías, prescripción de fármacos y otras actividades propias del tratamiento de urgencias).
Atención Odontológica Domiciliaria	Tratamiento	Individual	Examen clínico y diagnóstico de salud bucal. Incluye consejería de hábitos de higiene oral y hábitos saludables, Instrucción de higiene, Pulido coronario y destartraje, aplicación de flúor barniz y sellantes, obturaciones mediante utilización de Técnica ART o Tratamiento convencional, Ajuste y/o rebasado de prótesis, Exodoncias simples, Resolución de urgencias, según indicación clínica.

c. Actividades de salud mental en la atención primaria

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

Hay que mencionar que tanto las prestaciones de salud mental que se encuentran percapitadas, como también las que son parte de programas de reforzamiento en la atención primaria de salud, deben ser programadas.

Las actividades de salud mental, en situaciones excepcionales, podrán desarrollarse de manera remota. Lo anterior, siguiendo todas las recomendaciones entregadas por MINSAL y resguardando los criterios de calidad pertinentes a cada prestación.

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

Prestaciones	Tipo atención	Modalidad de atención	Tipo Intervención	Miembros del equipo de salud que pueden realizar la prestación
Tamizaje de problemáticas de Salud Mental	Prevención	Individual	Aplicación de cuestionarios de tamizaje en las prestaciones regulares de salud.	Cualquier miembro del equipo de salud, de preferencia enfermera/os
Consulta de Salud Mental	Tratamiento	Individual	Ingreso por equipo, evaluaciones de egreso, seguimiento.	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.
Control de Salud Mental	Tratamiento	Individual	Controles individuales	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines.
Intervención Psicosocial Grupal	Tratamiento	Grupal	Controles grupales	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines, o cualquier miembro del equipo de salud capacitado
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, apoderados, niños, niñas y adolescentes	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 o cualquier miembro del equipo de salud.
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 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.
Primeros auxilios psicológicos (PAP)	Prevención	Individual	acciones de apoyo y asistencia generadas a raíz de un evento caracterizado como una emergencia o desastre	Médico, psicólogo/a, trabajador/a social, enfermera/o, terapeuta ocupacional, gestor comunitario, técnico a fines o cualquier miembro del equipo de salud s.

5.3. ESTIMACION DE RECURSOS HUMANOS Y DEMANDA EN APS

5.3.1 Estimación de recursos necesarios

La programación de actividades debe conducir a estimar las horas técnico-profesionales para otorgar los cuidados primarios a la población a cargo como elemento central para la organización de los establecimientos de atención primaria. Este resultado del proceso programático debe constituir un elemento primordial a la hora de gestionar el recurso humano en salud y organizar las actividades de los centros y dispositivos. Por estos motivos, la programación de actividades, debe ser un proceso realizado en forma reflexiva, coherente, ajustada a la población y realidad local, que tenga tendencia al incremento de cobertura y prestaciones cuando el establecimiento está alejado de los coeficientes técnicos emanados de las normas y programas de nivel central.

La estimación anual de recurso humano debe realizarse en forma correcta de tal manera que se constituya en insumo para las gestiones pertinentes de directivos y entidades administradoras. En relación a lo anterior, resulta necesario ilustrar lo siguiente: el cálculo del desempeño difícil urbano, rural y de SAPU de APS considera la Dotación de atención primaria de salud municipal como el número total de horas semanales de trabajo del personal que cada entidad administradora requiere para su funcionamiento (Art. 10 ley N° 19.378). De acuerdo con la Contraloría General de la República, se ha entendido que la dotación del decreto de desempeño difícil es una estimación del número total de horas semanales señaladas. Lo descrito anteriormente, es un ejemplo de aplicabilidad del proceso programático, en donde resulta primordial que los propios equipos que pueden ser beneficiarios del incentivo realicen una programación correctamente ejecutada, que finalice con una estimación de recurso humano y que sea de conocimiento de todo el equipo de salud, directivos y entidades administradoras.

5.3.2. Estimación de la demanda[30]

La programación de actividades nos plantea el gran desafío de abordar la demanda de nuestros usuarios principalmente respecto a prestaciones que pueden tener un comportamiento variable, 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. En este sentido, se utilizan las Series de tiempo para pronósticos a corto plazo, 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 del año en curso. Existen varios modelos y métodos de series entre los que se puede elegir:

5.4. EVALUACIÓN Y MONITOREO

En general, los objetivos de una evaluación son:

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

El proceso programático también debe ser sometido a evaluación, por lo tanto, está lejos de ser una herramienta numérica y estática. Se requiere que la programación de actividades sea dinámica, que se establezcan hitos de monitoreo, que exista un trabajo de retroalimentación desde el servicio de salud a los equipos de atención primaria, tanto en las fases iniciales del proceso como en los distintos periodos del año. Con relación a lo anterior y como mecanismo de evaluación de la programación en APS, se instaló un Compromiso de Gestión para los servicios de salud, cuyo objetivo es monitorear el proceso programático, con aplicación de evaluación cuantitativa según monitoreo trimestral de algunas actividades trazadoras incluidas en la planilla programática.

30 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/

5.5 GESTIÓN DE AGENDA EN APS

La gestión de agendas es un proceso que disponibiliza la programación operativa de los establecimientos en un sistema de agendas que permiten mejorar la accesibilidad de los usuarios a su atención de acuerdo a su necesidad. Lo anterior implica la organización de las agendas, los mecanismos de recepción y la citación de los usuarios a sus consultas, controles, procedimientos, etc.

La agenda, por sí sola, no sirve para gestionar la demanda, sino solo para distribuir los tiempos de asistencia, por tanto, debe ser parte de un sistema de Gestión de demanda donde la base es hacer coincidir la oferta y la demanda diariamente, semanalmente y a largo plazo, considerando las variaciones de la demanda que se producen por día, semanas o meses.

Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP. Elaboración propia.

La administración y programación de la agenda es el proceso que permite disponibilizar la programación de los profesionales a través de un sistema de agenda, según la disponibilidad de recurso humanos en el periodo y oferta planificada.

El proceso de agendamiento consiste en la asignación de hora a un paciente para su atención, de acuerdo a la oferta existente.

La gestión de las citas son las acciones que tienen por objetivo disponer, mantener y agendar horas para la atención de un paciente, asegurando acceso y disminuyendo los niveles de inasistencia, es un proceso flexible que permita cambios en tiempo real.

Requisitos a considerar en la gestión de agendas:

1. Manejo de agendas de los prestadores

- Horas asistenciales a agendar
- Horas administrativas a considerar en trabajo administrativo y reuniones
- Ausencia programadas y no programadas.

2. Manejo de la cartera de prestaciones, según modalidad de atención:

- Actividad individual
- Actividad grupal y/o que impliquen más de un profesional en la atención
- Actividades comunitarias

3. Manejo de la cartera de prestaciones, según actividad a realizar:

- Consultas
- Controles
- Ingresos
- procedimientos

Finalmente, señalar que la gestión de agendas nos permite

- Otorgar accesibilidad y continuidad de los cuidados
- Reducir los tiempos de espera de una atención
- Otorgar atención eficiente y oportuna
- Contar con un registro y trazabilidad de la información
- Mejorar la satisfacción usuaria

5.6. CRITERIOS A CONSIDERAR EN LA PROGRAMACIÓN.

Adicional a lo anterior señalado, se agregan Anexos que aportan enfoques, definiciones, diagnósticos y planilla, relevante para el proceso a desarrollar:

- Anexo N.º 1: ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA
- Anexo N.º 2: PLAN NACIONAL DE SALUD, EJES ESTRATÉGICOS, OBJETIVOS Y METAS DE IMPACTO.
- Anexo N.º 3: PARTICIPACIÓN CIUDADANA EN ATENCIÓN PRIMARIA.
- Anexo Nº4: VIGILANCIA DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES DE NOTIFICACIÓN OBLIGATORIA
- Anexo N º 5: CALIDAD, CARTA GANTT PREPARACIÓN PARA PROCESO DE ACREDITACIÓN
- Anexo N.º 6: DIAGNÓSTICO DE POBLACIÓN MIGRANTE.
- Anexo N.º 7: DIAGNÓSTICO DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE CHILE.
- Anexo N.º 8: SALUD OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.
- Anexo N.º 9: GESTIÓN DE RECURSOS FINANCIEROS EN ATENCIÓN PRIMARIA
- Anexo N.º 10: EJES ESTRATÉGICOS PAC MUNICIPAL.
- Anexo N.º 11: PLANILLA PAC.
- Anexo N.º 12 PROMOCIÓN DE LA SALUD.
- Anexo N.º 13: DEFINICIONES DE REUNIONES INTRA-ESTABLECIMIENTOS.
- Anexo N.º 14: RECOMENDACIONES DE COORDINACIÓN,
- Anexo N.º 15: GLOSARIO DE ACTIVIDADES CLÍNICAS.

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

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

Esta atención más general pero no menos 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 mecanismos de coordinación administrativo-asistencial, entre los cuales se destacan: protocolos resolutivos en red, gestión de casos y sistema de referencia y contrarreferencia. Estas herramientas apuntan a mejorar la eficiencia de los servicios a través de un enfoque integrado de cuidados los cuales deben ser utilizados, potenciados y actualizados constantemente para que otorguen valor a la red y permitan mantener la continuidad de los cuidados de nuestros usuarios, logrando así la resolución integral de los problemas de salud. Además, deben utilizarse de manera organizada, ágil, eficiente y eficaz, con apoyo fundamental de tecnologías de la información.

A continuación, se describirá el sistema de referencia y contrarreferencia, dada su relevancia y participación en distintos procesos clínicos y administrativos de la red.

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia corresponde al 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 éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

Para una mayor eficacia de este sistema, entre los distintos niveles de atención deben existir Protocolo de Referencia y Contrarreferencia los cuales 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, además considerando las Macro Red o establecimientos de referencia nacional.

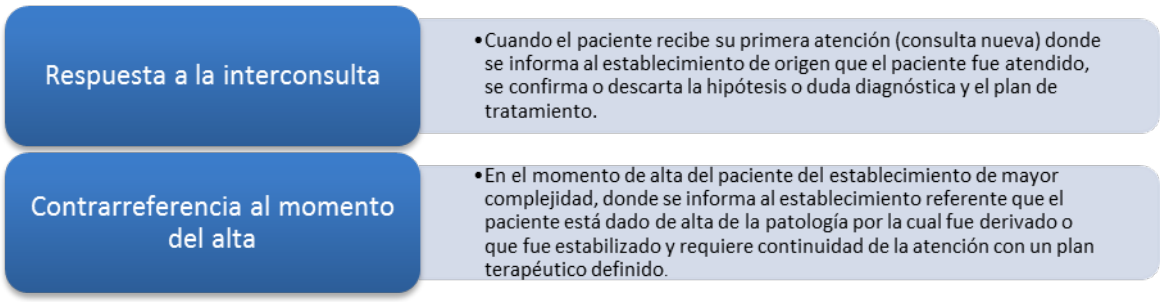
La referencia corresponde a la solicitud de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de una persona derivada de un establecimiento de salud de menor capacidad resolutiva a otro de mayor capacidad, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.

Contrarreferencia:

Es la respuesta del especialista, dirigida al profesional del establecimiento o ser- vicio 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 se ejecuta en dos momentos, siendo obligatoria la segunda.



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

El documento de contrarreferencia debe contar con los siguientes datos:

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

Para 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.

6.1. RECOMENDACIONES DE COORDINACIÓN

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

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

CAPITULO VII. PROGRAMACIÓN EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

En el contexto del año en curso influenciado por la Pandemia COVID 19, para plantear la programación del nivel secundario y terciario, es esencial que cada Servicio de Salud, liderado por el Gestor de Red y por lo tanto que cada establecimiento a programar, conozca la situación epidemiológica del área asignada a su red y las condiciones mínimas para programar la actividad clínica. Sin olvidar que se debe monitorear periódicamente cualquier cambio en la circulación viral de COVID-19, para poder realizar la definición de los objetivos y líneas estratégicas que permitan satisfacer la demanda de su población asignada de manera segura y eficaz, salvaguardando la seguridad del usuario, del personal de salud y su entorno.

Al plantear objetivos y lineamientos estratégicos, se definen las carteras de servicios asociadas a cada establecimiento, optimizando el funcionamiento de la Red con la necesidad de evaluación de reestructuración de ella. A través de las estrategias de atención clínica coordinadas, se busca optimizar la oferta de profesionales generando las diferentes prestaciones en las distintas modalidades de atención según la necesidad y realidad local.

El proceso programático de los establecimientos se inicia con el diagnóstico de la Red asignada que incluya: análisis de Situación Epidemiológica y condiciones generales, evaluación de condiciones de seguridad, sumado al análisis de Oferta y Demanda y la comparación entre estos 2 resultados, para poder realizar el cálculo de la brecha existente

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Dar respuesta a los requerimientos sanitarios de la población beneficiara, optimizando al máximo el recurso profesional en la entrega de las prestaciones requeridas.
2. Realizar el proceso de cálculo de las prestaciones a ofertar por la especialidad durante el año a programar, de acuerdo a estándares definidos por la normativa ministerial y del establecimiento.
3. Definir la oferta real de la especialidad en los distintos tipos de prestaciones.
4. Determinar la brecha existente.

5. Evaluar el cumplimiento cuantitativo de la programación, a través del Sistema de Agenda oficial del establecimiento como insumo necesario para obtener la producción de los profesionales
6. Permitir la evaluación del cumplimiento de cada establecimiento en su rol de prestador para la Red.
7. Utilizar la programación como herramienta de gestión para dar resolución a la brecha definida.
8. Potenciar los mecanismos de coordinación y gestión de las redes asistenciales, con optimización de la utilización de las horas profesionales contratadas validadas por sistema de registro de RRHH.
9. Optimizar el cumplimiento de la programación de la oferta institucional de los Servicios de Salud.
10. Implementar mecanismos de control de gestión, para la monitorización y seguimiento de acciones correctivas en relación al proceso de programación y ejecución de ella.

Para llevar a cabo los objetivos, se recomienda considerar los siguientes aspectos en el proceso de programación de atención ambulatoria de especialidad

- Definición de aforos según recomendaciones IAAS.
- Sistema de Agendamiento centralizado implementado y funcionando, con bloques horarios que mantengan la seguridad durante la atención y en salas de espera.
- Organización de actividades según oferta disponible, priorizando la realización de consultas nuevas en modalidad presencial y controles en modalidad telemática.
- Revisar y disponer las condiciones necesarias para aumentar la oferta de prestaciones por vía telemática, verificando la disponibilidad de equipos computacionales, infraestructura y especialidades para esta modalidad.

PROCESO DE PROGRAMACIÓN

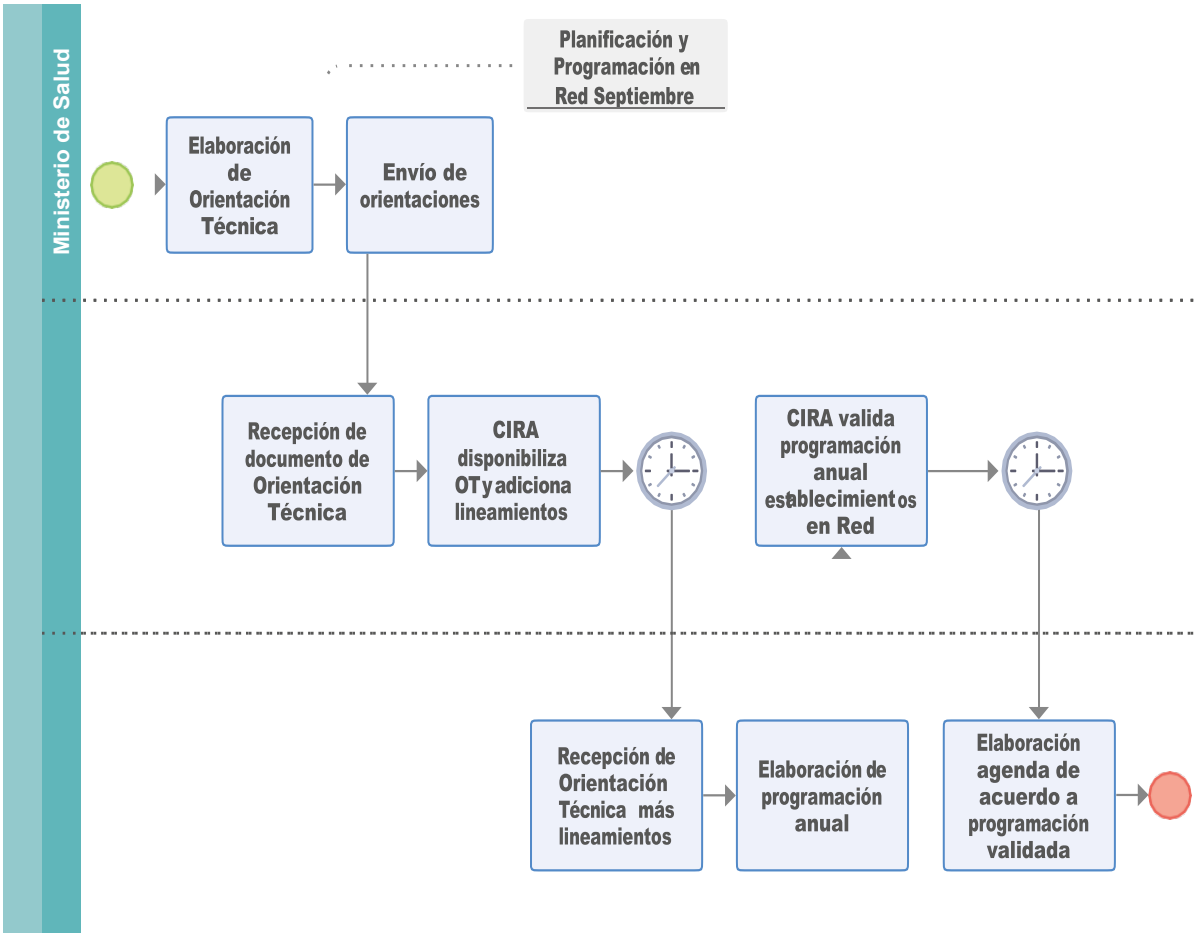
El Proceso de Programación anual habitual, se inicia en septiembre de cada año con la difusión de las Orientaciones Técnicas para la Planificación y Programación en Red emitidas por el Ministerio de Salud. La difusión es responsabilidad de cada Servicio de Salud y debe contemplar a todos los establecimientos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

Es rol del Comité de Programación de los Servicios de Salud y por tanto de los establecimientos, definir las estrategias de atención a seguir para el año entrante, en función de los requerimientos de salud de la población, con la permanente evaluación del contexto epidemiológico y circulación viral. Las estrategias y lineamientos del Servicio de Salud deben ser presentados en el Consejo integrador de la Red Asistencial (CIRA) a más tardar en octubre del mismo año, para que posterior a ello los Comité de Programación de los establecimientos trabajen en su programación de manera interna. Este producto debe ser presentado y validado por el Servicio de Salud en diciembre del año en curso, en búsqueda de optimizar la complementariedad de carteras de servicios y gestión de mejora en el uso de los recursos.

El Comité de Programación de cada servicio de salud y establecimiento programado de atención secundaria y terciaria, debe ser actualizado anualmente definiendo los participantes y responsabilidades específicas de cada uno, además de formular su plan de trabajo y gestión de seguimiento y monitoreo.

FIGURA Nº15: PROCESO DE PROGRAMACIÓN

ILUSTRACIÓN 17: PROCESO DE PROGRAMACIÓN



Fuente: ELABORACION DIGERA

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

El objetivo de la programación desde la demanda en el nivel secundario es determinar la cantidad de prestaciones y por lo tanto pacientes en espera de atención ambulatoria de especialidad (Demanda explícita), considerando distintos aspectos demográficos y epidemiológicos de la población, con el objetivo de identificar las brechas y se pueda dar respuesta a los requerimientos.

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN POR ESPECIALIDAD

Para la determinación de la demanda se deben realizar las siguientes acciones.

Pacientes que requieren consulta nueva y control por especialista.

- Demanda de registros de pacientes en espera de primera atención (NO GES/ SIGGES): considerar número anual de pacientes en Lista de Espera No GES, más la demanda de pacientes GES, con lo que se identifica el número de pacientes en espera de atención distribuido por las especialidades médicas requeridas.
- Verificar que los registros de Lista espera No GES (CNE médica y odontológica) reflejen los pacientes en espera efectiva.
- Identificar demanda según condición clínico-diagnóstica y/o tiempos de espera.
- Priorizar condición clínico-diagnóstica y/o tiempos de espera, como por ejemplo patologías que afecten de manera importante la calidad de vida, que los exponga a complicaciones, patologías oncológicas, cardiovasculares o de salud mental.
- Evaluar Lista de espera de Controles o población bajo control: Análisis de La demanda de la población bajo control: Tomando la base de datos de población atendida bajo control con corte anual, se identifica el número de pacientes nuevos y antiguos con control de años anteriores, así mismo el número de pacientes con altas y frecuencia de atención realizada (según protocolos establecidos en la Red).

Pacientes que requieren atención por un Profesional no médico de salud en distintos niveles de complejidad

- Determinar la cantidad de pacientes que requieren atención por profesional de la salud no médicos, priorizando aquellas áreas de alto riesgo sanitarios.

Pacientes que requieren procedimientos y exámenes

- Determinar N° de procedimientos en espera, según registros y priorización
- Determinar N° de exámenes de laboratorio e imagenología requeridos para dar resolución a la atención, según protocolo.

PROYECCIÓN DE LA DEMANDA REQUERIDA POR ESPECIALIDAD

El cálculo de la demanda por especialidad se basa en todas las prestaciones requeridas para la atención del paciente, sean de la línea diagnóstica o terapéutica, sumadas todas las prestaciones "programables" profesionales médicas y no médicas requeridas. En el análisis por cada prestación se definen al menos dos coeficientes técnicos a utilizar para la proyección de atenciones requeridas: Concentración e Incidencia

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

IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE BRECHAS OBSERVADAS POR ESPECIALIDAD:

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

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

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

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

La Programación de la oferta profesional es la metodología con la que se define el cálculo de las actividades que debe cumplir un profesional de acuerdo a sus horas contratadas y los requerimientos de la especialidad, aplicando criterios técnicos (rendimientos) y administrativos previamente definidos por el equipo directivo y comité de programación para dar respuesta a la demanda.

Se debe programar a todos los profesionales debidamente registrados en plataforma SIRH, para control y seguimiento a realizar por el nivel central en DIGEDEP. El objetivo de la programación de la oferta es la optimización del recurso de horas profesionales a través de una metodología que incluya la totalidad de horas contratadas, y se realice la gestión de horas coordinada en la red a la cual pertenece.

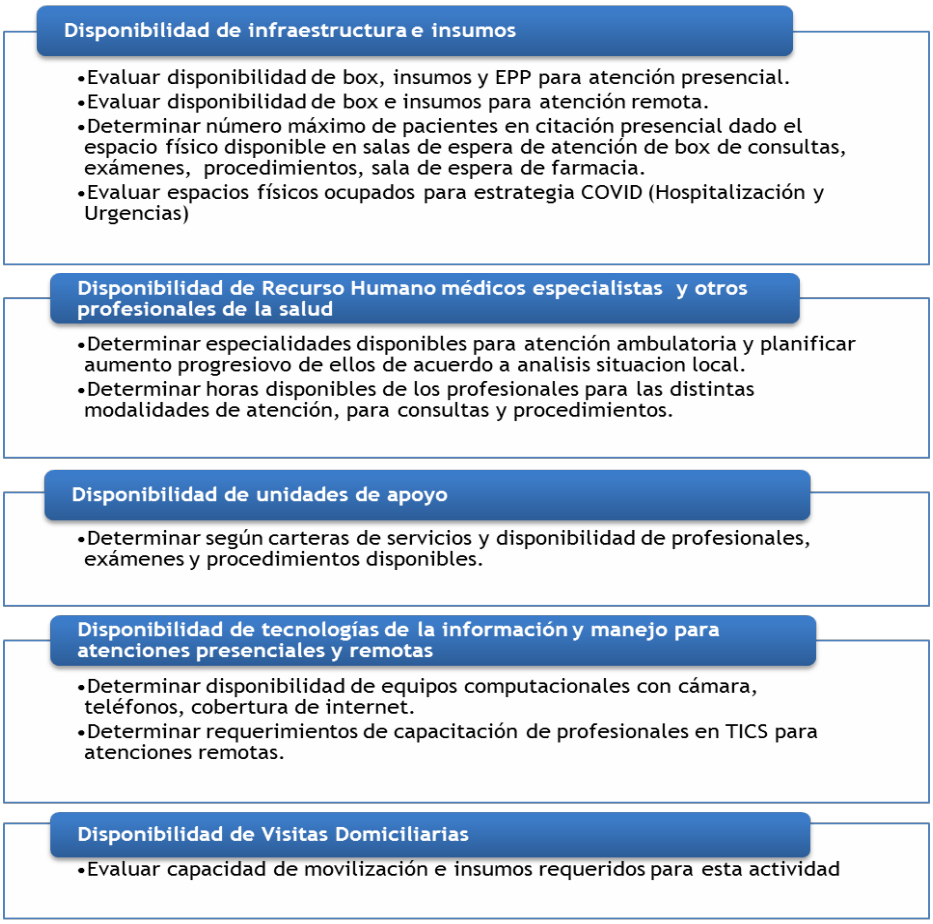
La programación institucional deberá ser validada por el Comité de Programación, informada a los equipos en general y de forma individual, generando así un compromiso de cumplimiento de actividades programadas para el año. En cada establecimiento, los responsables operativos de la programación en cada especialidad o estamento se reunirán con su equipo de trabajo y se realizará la programación general de éste y posteriormente la programación individual de profesional contratado.

Una vez validada la programación del establecimiento, se deben generar las agendas de atención ambulatoria para consultas, procedimientos y otros, más la programación de atención cerrada con programación de cirugías, visitas a sala, procedimientos y otros.

La producción de las actividades programadas deberá ser registrada en los sistemas estadísticos correspondientes para realizar el análisis de producción mensual que debe ser utilizada como herramienta de gestión, para resolver nodos identificados. Se sugiere que el Comité de Programación realice trimestralmente reuniones con los equipos clínicos evaluando los cumplimientos obtenidos y gestionando las mejoras requeridas para alcanzar el cumplimiento optimo esperado.

ANÁLISIS DE LA OFERTA DE ATENCIÓN POR ESPECIALIDAD

Para la determinación de la oferta se deben considerar los siguientes componentes:

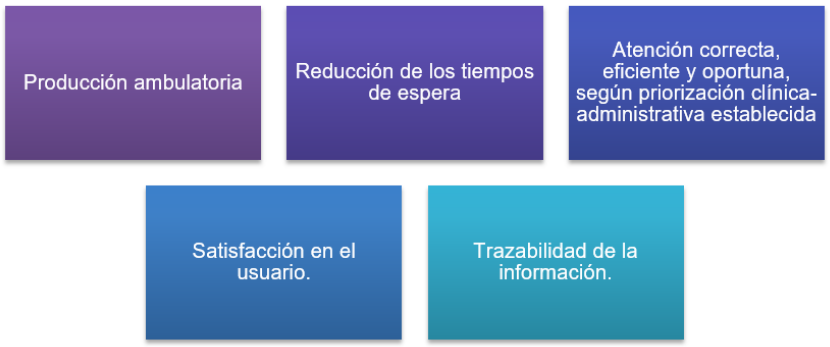


GESTIÓN DE AGENDA

La Gestión de Agenda se define como el conjunto de actividades que tienen por objetivo mantener disponible la programación de consultas, procedimientos y otras prestaciones en un sistema de agenda, permitiendo administrar y agendar horas programadas para asegurar la atención de salud a los usuarios.

El Sistema de Agenda es el insumo que permite dar operación a la programación ambulatoria de especialidades.

Este proceso genera un impacto directo en:



Fuente: Unidad Ambulatoria DIGERA

La Agenda es la estructura organizativa de las actividades asistenciales programables y ambulatorias, por tipo de atención, en la que se produce la citación de un paciente. El sistema de agenda debe mantener la trazabilidad de la información de los pacientes, por lo cual debe ser flexible, que permita cambios en tiempo real y que logre la integración de datos con el resto de las áreas del establecimiento. Debe ser un mismo sistema para toda la institución que permita el control de todas las actividades ambulatorias programables y agendables de los profesionales. Se deben agendar todas las atenciones presenciales y en modalidades a distancia.

En la siguiente ilustración, se muestran los subprocesos asociados a la gestión de agenda y posteriormente se entregarán consideraciones en cada uno de ellos:

Fuente: Unidad Ambulatoria DIGERA

1. Administración y Programación de la agenda:

- Mantener estructura de Agenda actualizada de acuerdo a oferta planificada y con solicitud formal de acuerdo a procedimientos definidos por el establecimiento.
- Diferenciar tipo de atención, modalidad y subtipo de prestación, de acuerdo a la priorización de atenciones de salud definidos.

- Es recomendable programar citas presenciales y remotas de manera alternada, para así optimizar el Recurso Humano y mantener un número adecuado y seguro de usuarios en las salas de espera.

2. Mantención de Horas disponibles:

- Dar aviso inmediato al usuario frente a cambios y bloqueos puntuales de la agenda, para así evitar concurrencias innecesarias.
- Las modificaciones a la agenda original, deben mantener la normativa institucional y su motivo debe quedar claramente identificado en el sistema de agenda.

3. Agendamiento:

- Realizar agendamiento con contacto efectivo según pertinencia, priorización y modalidad de atención de interconsulta definido por especialista.
- Mantener actualización de datos de contacto en cada encuentro telefónico o presencial con el usuario. Es de suma relevancia la actualización de los siguientes ítems: números telefónicos, dirección, correo electrónico y nombre del establecimiento de APS al que pertenece.
- Es recomendable incluir la entrega (preferentemente informática) del documento informativo de la cita agendada con el usuario: datos de la cita, preparación para la atención, referencia de los deberes del usuario, entre otros datos de interés.

4. Gestión de Citas:

- Mantención del proceso de confirmación de horas tanto de atención presencial como remota de manera anticipada, para la gestión eficiente de la lista de espera, de recursos existentes y mejorar la satisfacción usuaria.
- Asegurar que en durante el llamado se realice la actualización de datos de contacto.
- Asegurar y difundir a los usuarios distintos canales de comunicación remota para que puedan solicitar cambios o anulaciones de horas, con el fin de evitar concurrencias innecesarias y pérdidas de cupos.
- En casos de usuarios que postergan la atención de salud por temor a contagio, no se egresan, sino que el motivo debe quedar por escrito en el sistema de agenda y gestionarlo en cuanto corresponda.

PROGRAMACIÓN OPERATIVA

Se considerará para este proceso 52 semanas anuales iniciales, a las cuales debemos descontar los días no hábiles del año a programar según los siguientes criterios:

Descuentos generales:

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

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

A estos descuentos generales luego se deben realizar los descuentos individuales correspondientes a cada profesional, por los conceptos de Feriados Legales, Permisos administrativos según Ley y días

de capacitación, según OOTT o Normativas del Servicio de Salud:

Descuentos Individuales:

Feriado Legal:

Antigüedad funcionario	Días de feriado
Menos de 15 años	15 días hábiles
De 15 a 20 años	20 días hábiles
Más de 20 años	25 días hábiles
Descanso compensatorio (Ley de Urgencia)	10 días hábiles

Permisos Administrativos:

Ley	Días administrativos
19.664	6 semestrales
18.834	6 anuales*

*fraccionables

Capacitación:

Ley	Días de capacitación
19.664	6 anuales
18.834	6 anuales

PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL

Todos los profesionales deben contar con programación de sus actividades, por lo que, a cada uno de ellos, se le realizará primero la programación de actividades de 1 semana, lo cual será utilizado como base para el cálculo de su programación anual, desglosando el horario contratado en las distintas modalidades de atención, según las actividades que desarrolla.

Las horas asignadas semanalmente a cada actividad serán multiplicadas por el rendimiento definido para ésta, dando como resultado el número de actividades totales a la semana a agendar y ejecutar por ese profesional.

Con esta información se multiplicará la actividad semanal programada por las semanas calculadas efectivas, ya realizados los descuentos generales y los individuales para cada profesional según la información emanada por Departamento de Gestión de las Personas o Encargado de RRHH, con lo que se obtiene la programación real para el año.

La totalidad de actividades de los profesionales contratados en una especialidad o estamento, mostrará el total de la oferta de prestaciones para esa especialidad.

La programación de la oferta total de los establecimientos de la Red de Atención Secundaria y Terciaria, deberán ser entregados por los Servicios de Salud, según los formatos estandarizados MINSAL e indicaciones que se difundirán para el periodo 2021.

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DEFINICIONES TÉCNICAS:

A. Actividades Clínicas:

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

Según anexo N°15 Glosario de Actividades, incluye el horario programado de las siguientes actividades: Consultas Totales (Nuevas + Controles), Procedimientos Totales, Intervenciones Quirúrgicas, Visitas a Sala (Staff diurno), Interconsultas a Sala, Comité, Consultas Abreviadas, Turno.

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

B. Actividades No clínicas:

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

7.3. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Al definir las prestaciones a programar por cada profesional del establecimiento, es relevante definir el porcentaje de horas asignadas a la atención ambulatoria, siendo consecuente con el modelo de atención tendiente a la ambulatorización del proceso clínico, considerando la situación epidemiológica, el análisis de oferta y demanda y el rol del establecimiento dentro de su Red.

En anexo N° 15, se dan recomendaciones sobre porcentaje de horas asignadas a la atención ambulatoria profesionales médicos por especialidad y rendimientos en atención ambulatoria

7.4. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN CERRADA

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

UNIDADES DE EMERGENCIA:

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

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

PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

Estándares sugeridos para la programación de pabellones según tipo de cirugía

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

TIPO de ACTIVIDAD	DURACIÓN	RENDIMIENTO
N.º Cirugía Menor/hrs. Médico	30 min	2 cirugías Menores/hrs Cirujano
N.º Cirugía Mayor/hrs. Pabellón	120 min	0,5 cirugía Mayor/hrs Pabellón
N.º hrs. Por Cirujano/Cirugía mayor	120min x2 cirujanos	0,25 cirugía Mayor/hrs Cirujano
N.º Cirugía Ambulatoria/hrs. Pabellón	60 min	1 cirugía Ambulatoria/ hrs Pabellón
N.ºhrs.Cirujano/CirugíaAmbulatoria	60 min x 2 cirujanos	0,5 cirugía Ambulatoria/hrs Cirujano
N.º Cirugía Obstétrica/hrs Pabellón	60 min	1 cirugía Obstétrica/hrs Pabellón
N.º hrs. Obstetra/ Cirugía Obstétrica	60 min	1 cirugía Obstétrica/ hrs Obstetra.

PROGRAMACIÓN ATENCIÓN PACIENTE HOSPITALIZADO

Consideraciones en contexto pandemia, para programación de atención paciente hospitalizado y de hospitalización domiciliaria.

En cuanto a la organización interna que da cuenta del proceso de hospitalización, producto del contexto de pandemia por COVID-19, se orienta a[31]:

- Potenciar la gestión en red de camas de hospitales de alta, mediana y baja complejidad, a través del gestor de red de cada Servicio de Salud.
- Agilizar la apertura de camas (bloqueadas y nuevas), reconversión de camas y complejización, resguardando las normas técnicas básicas.
- Evitar traslados innecesarios de hospitales de baja complejidad hacia hospitales de alta complejidad.
- Priorizar traslado de pacientes sociosanitarios a través de distintas estrategias.
- Visitas de familiares con horario reducido e ingreso solo de mayores de 18 años, y sin sintomatología respiratoria.
- Suspensión de pasantías y capacitaciones de pregrado, a excepción de internos, residentes y postgrados.
- Potenciar la estrategia de hospitalización domiciliaria.
- Considerar así mismo, distribución del personal capacitado en UPC concentrándolo en áreas críticas (UCI, UTI, UEH, pabellón) y personal recién incorporado de cada establecimiento en áreas de menor complejidad, debido a la alta demanda de hospitalización.

ESTÁNDARES SUGERIDOS PARA PROGRAMACIÓN SEGÚN RECURSO CAMA

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

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

31 Ord C27 Nº808 de la Subsecretaria de Redes Asistenciales del 27 de marzo de 2020 "Recomendaciones de Plan de Contingencia COVID-19"

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

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

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

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

7.5. ESTÃNDARES SUGERIDOS PARA PROGRAMACIÕN 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.

Según lo indicado en Orientación Técnica, formalizada y difundida mediante Ordinario C/21 N.º 1183, del 29 de abril del 2021

El rendimiento esperado por equipo de HD será de al menos 15 cupos diarios, de acuerdo con programación y recursos asociados, según estándar.

El horario de atención será de: 8:00 a 20:00 hrs de lunes a domingo.

Dotación mínima de personal recomendado:

- 44 horas Profesional Médico
- 88 horas Profesional de Enfermería
- 88 horas Técnico paramédico
- 22 horas Trabajador Social
- 44 horas Kinesiólogo
- 44 horas Administrativo
- 88 horas Conductor

7.6. PROGRAMACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS:

Orientación programática para Rehabilitación

Anexo N. º17CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Orientación programática para Salud Mental

Anexo N.º 18 CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE PRESTACIONES SALUD MENTAL ATENCIÓN ABIERTA

Anexo N.º 19 CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE PRESTACIONES SALUD MENTAL CERRADA

Red Odontológica

Anexo N.º 20 RENDIMIENTO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Red Oncológica

Anexo N.º 21 CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN MODELO DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA Y DESCRIPCIÓN DE PRESTACIONES

Orientaciones Programáticas para Químicos Farmacéuticos

Anexo N.º 22-B PROGRAMACIÓN QUÍMICOS FARMACÉUTICOS En ATENCION SECUNDARIA Y TERCIARIA.

Red Imagenología

Anexo N.º 23 CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN RED DE IMAGENOLOGÍA NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO.

Red del programa de atención y control en infecciones de transmisión sexual (ITS)

Anexo N.º 24 CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN RED DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN Y CONTROL EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Red de medicina nuclear terciario.

Anexo N.º 25 CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN RED DE MEDICINA NUCLEAR TERCIARIO.

Red telemedicina

Anexo N.º 26 CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN RED TELEMEDICINA

Red de salud sexual y salud reproductiva nivel secundario y terciario

Anexo N.º 27 CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN RED DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

DESCRIPCION DOCUMENTO

El Documento "Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2022", está conformado por:

Cuadernillo: "Bases conceptuales de la Planificación y Programación en Red"

Matriz de Cuidados a lo largo del Curso de Vida.

Anexos página Web MINSAL:

1. Enfoques de la planificación en la red de atención de salud pública
2. Plan nacional de salud, Ejes estratégicos, Objetivos y metas de impacto
3. Participación Ciudadana en Atención Primaria
4. Vigilancia de Enfermedades Transmisibles de Notificación Obligatoria
5. Calidad, Carta Gantt preparación para proceso de Acreditación
6. Diagnóstico de Población Migrante
7. Diagnóstico de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile
8. Salud Ocupacional en Atención Primaria
9. Gestión de Recursos Financieros en Atención Primaria
10. Ejes estratégicos PAC Municipal
11. Planilla PAC
12. Promoción de la Salud
13. Definiciones de Reuniones Intra-establecimientos
14. Recomendaciones de coordinación
15. Glosario de Actividades Clínicas
16. Criterios Técnicos Programación de Atención Ambulatoria
17. Criterios técnicos para la programación de prestaciones de rehabilitación nivel secundario y terciario.
18. Criterios técnicos programación de Atención Abierta de Salud Mental
19. Criterios técnicos de programación de Atención Cerrada de Salud Mental
20. Coordinación y programación de la red odontológica.
21. Criterios Técnicos para Programación Modelo de Atención Oncológica
22. 22-A Programación Químicos Farmacéuticos en atención Primaria
23. B Programación Químicos Farmacéuticos en la atención Secundario y terciario
24. Criterios Técnicos para Programación Red de Imagenología Nivel Secundario y Terciario.
25. Criterios Técnicos para Programación Red del Programa de Atención y Control en Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) A Nivel Secundario.
26. Criterios Técnicos para Programación Red de Medicina Nuclear Terciario

27. Criterios Técnicos para Programación Red Telemedicina: Salud Digital
28. Criterios Técnicos para Programación Red de Salud Sexual y Salud Reproductiva Nivel Secundario y Terciario
29. Gestión del Riesgo de Emergencias, Desastres y Epidemias.
30. Glosario de Actividades Clínicas PRAIS 2022.

GLOSARIO

APS: Atención primaria de Salud.

ATM: Articulación temporomandibular.

AVD: Años de vida ajustados por discapacidad.

AVISA: Años de vida saludables perdidos.

BERA Potencial evocado auditivo.

CAE: Centro Adosado de Especialidades de Hospitales.

CCL: Comité Conductor Local.

CASEN: Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.

CDTs: Centro Diagnóstico Terapéutico.

CECOSF: Centros Comunitarios de Salud Familiar.

CENABAST: Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

CERO: Control con enfoque de riesgo odontológico.

CGR: Contraloría General de la República.

CIF: Cámara de la Innovación Farmacéutica.

CIRA: Consejo de Integración de la Red Asistencial.

CMA: Cirugía Mayor ambulatoria.

CO: Comité Oncológico.

COSAM: Centro Comunitario de Salud Mental.

CRSs: Centro Referencia Salud.

DEIS: Departamento de Estadísticas e Información de Salud.

DEM: Departamento de Extranjería y Migración.

DFL: Decreto con fuerza de ley.

DIPRES: Dirección de Presupuestos.

DM: Diabetes mellitus.

ECNTs: Enfermedades crónicas no transmisibles.

ECJ: Enfermedad de Creutzfeld-Jakob.

EDF: Etapa de Destinación y Formación.

ELEAM: Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.

EMG: Electromiografía

EMT: Equipos Médicos de Emergencia.

ENO: Enfermedades de Notificación Obligatoria.

ENS: Encuesta Nacional de Salud.

EPOC: Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

EPP: Elementos de Protección Personal.

ERA: Enfermedades Respiratorias Adulto.

ERC: Enfermedad renal crónica.

ETA : Enfermedades transmitidas por alimentos.

EVS: Elige Vivir Sano.

FAPEM: Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipalizados

FCM: Fondo Común Municipal.

FESP: Función esencial de la Salud Pública.

FODA Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas.

FONASA: Fondo Nacional de Salud.

GES: Garantías explícitas en salud.

HD: Hospital Digital.

HDR: Hospital Digital Rural.

HTA: Hipertensión arterial.

IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.

INE: Instituto Nacional de Estadísticas.

IRA: Infecciones respiratorias aguda.

ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional.

ISP: Instituto de Salud Pública.

ITS: Infecciones de transmisión sexual.

LE: Lineamientos Estratégicos.

MAIS: Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.

MCCS: Municipios Comunas y Comunidades Saludables.

mhGAP: Mental health Gap Accion Programme

MIDAS: Modernización de la Información de la Autoridad Sanitaria.

NAC: Neumonia adquirida en la comunidad.

NNAJ: niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

OAL: Organismos Administradores del Seguro Ley.

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.

OIRS: Oficina de información reclamos y sugerencias.

OIT: Organización internacional del trabajo.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPI: Ortodoncia Preventiva e Interceptiva.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OSD: Objetivos Sanitarios de la Década.

PAC: Programa Anual de Capacitación.

PACAM: Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor.

PADBP: Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial.

PAP: Papanicolau.

PARN: Programa de apoyo al recién nacido.

PCI: Plan de Cuidados Integrales.

PESS: Potenciales Evocados Somatosensitivos.

PESPI: Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas.

PEV: Potencial evocado visual.

PLADECO: Plan de desarrollo comunal.

PNAC: Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

PNI: Programa Nacional de Inmunización.

PSC: Plan de Salud Comunal.

PSCV Programa salud cardiovascular.

PSF: Plan de Salud Familiar.

PSM: Programa Salud Mental

PSR: Posta Salud Rural.

PIB: Producto Interno Bruto.

PTI: Plan de Tratamiento Integral.

PRAIS: Programa Reparación y Atención Integral de Salud.

PRIMAP: Primera respuesta a incidentes con materiales peligrosos.

RCE: Registro clínico electrónico.

RCP: Reanimación cardiopulmonar.

REAS: Residuos de establecimientos de atención de salud.

REM: Resumen estadístico mensual.

REM P: Resumen estadístico mensual población bajo control.

RISS: Red integrada de servicios de salud.

RGGS: Régimen General de Garantías en Salud.

RNLE: Repositorio Nacional de Listas de Espera.

RNI: Registro Nacional de inmunización.

RSI: Reglamento Sanitario Internacional.

SAPU: Servicio de Atención Primaria de Urgencia.

SENDA Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.

SIAD: Sistema de Aprendizaje a Distancia.

SIC: Solicitud de interconsulta.

SIGFE Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.

SEREMI: Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.

SIC:

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

SIGGES: Sistema integral gestión de garantías explicitas en salud.

SIGTE: Sistema de Información y Gestión de Tiempos de Espera.

SIMPO: Sistema Informático de Monitoreo de la Planificación Operativa.

SINIM: Sistema Nacional de Información Municipal.

SPECT: Tomografía computarizada por emisión de fotón único.

SRC: Síndrome rubeola congénita.

SUBDERE: Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.

TACO: Tratamiento Anticoagulante Oral.

TBC: Tuberculosis.

TDA: Tratamiento de Traumatismo Dentoalveolar.

TIC: Tecnologías de la Información y la Comunicación.

UAPO: Unidad de Atención Primaria Oftalmológica.

UHCIP: Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.

UPC: Unidad de Patología cervical.

UPM: Unidad de Patología mamaria.

UPP: Ulceras por presión.

UTM: Unidad tributaria mensual.

VDI: Visita Domiciliaria Integral.

VIH: Virus de Inmunodeficiencia Humana

VPH: Papiloma humano.

COLABORADORES

La elaboración de este documento es de responsabilidad de la División de Atención Primaria, quien solicita el apoyo de los profesionales de las distintas divisiones del Ministerio de Salud, para su desarrollo y completitud.

JEFATURAS MINSAL

Adriana Tapia Cifuentes	Jefa División de Atención primaria(S)
Ma. Paz Grandón Sandoval	Jefa División Políticas Públicas Saludables y Promoción
Beatriz Martinez	Jefe División de Gestión de Red Asistencial(S)
Johanna Acevedo Romo	Jefa División Planificación Sanitaria
Sylvia Santander Rigollet	Jefa División Prevención y Control de Enfermedades

JEFATURAS DEPARTAMENTO

Soledad Ishihara Zuñiga	Jefa Departamento Gestión de los Cuidados / DIVAP
Gisela Schaffer Leyton	Jefa Departamento Gestión Operacional / DIVAP
Iris Cerda Alvarado	Jefa Departamento Control de Gestión y Calidad / DIVAP
Maria Jose Letelier	Jefa Departamento Salud Digital / SRA
Melanie Paccot Burnens	Jefa Departamento Enfermedades no Transmisibles/DIPRECE
Angelo Valladares Contreras	Jefe Departamento Participación Ciudadana y Trato al Usuario/SRA
Javiera Pacheco Trigo	Jefa Departamento Estrategia Nacional de Salud/DIPLAS
Paola Pontoni Zuñiga	Jefa Departamento Gestión del Riesgo en Emergencias y Desastres/ Gabinete de ministro
Catalina Campos Peralta	Jefa Departamento Promoción de la Salud y Participación Ciudadana / DIPOL
Helga Balich Perez	Jefa Departamento Salud Ocupacional /DIPOL
Mauro Orsini Brignole	Jefe Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención/DIGERA
Cecilia González Caro	Jefa Departamento Inmunizaciones /DIPRECE
Alejandra Pizarro Ibáñez	Jefa Departamento de Epidemiología/DIPOL

DIVAP

Alvaro Campos Muñoz	Ana Ayala Gonzalez
Carolina del Valle Aranda	Carolina Lara Diaz
Catalina Alcalde Cárdenas	Cesar Morales Sepulveda
Cesar Morales Sepulveda	Claudia Lara De la Fuente
Andrea Lastra Salinas	Dayann Martinez Santana
Clodoveth Millalen Sandoval	Danilo Rios Poblete
Daniel Molina Mena	Irma Vargas Palavicino
Ricardo Hernández Fonfav	Juan Herrera Burott

Javier Medel Torres	Lorena Sotomayor Soto
Karla Castro Castro	Marcela Rivera Medina
Marcela Navarro Madrid	Milena Pereira Romero
Tania Labra Olivares	Pamela Meneses Cordero
Nanet Gonzalez Olate	Paulina Nuñez Venegas
Pamela Muñoz Abarca	Vania Yutronic Iratchet
Sofía Gonzalez Navarro	Yasna Opazo Fuenzalida
Verónica Veliz Rojas	Xenia Benavides Manzoni
Maria Fernanda Gallardo	Ximena Barros Rubio
Nathalie Silva Pizarro	Oscar Vergara Reyes
Pablo Wilhelm del Villar	Alejandro Parada Arroyo

DIPRECE

Patricia Cabezas	Carla Benavides Lourido
Carolina Peredo Couratier	Cettina D'Angelo Quezada
Constanza Aguilera Arriagada	Felipe Hasen Narváez
Gina Merino Pereira	Laysa Gonzalez Orroño
Rene Guzman	Rodrigo Neira Contreras
Patricia Contreras	Mayra Torres Cisternas
Francisca Salas	Nicol garay
Paula Maureira	

DIGERA

Ana Jara Rojas	Eduardo artiga Gonzalez
Carolina Isla Meneses	Claudia Campos Ponce
Cristian Matamala Valencia	Cristián Parra Becerra
Felipe Salinas Gallegos	Gladys Cuevas Lucar
Inés González Soto	Jessica Villenas Gatica
José Rosales Caniumil	Karina Trujillo Fuentes
Leslie Mackay Phillips	Lisset Slaibe Carrasco
María Elena Campos Alarcón María Francisca Molina Perez	
Mauricio Farías Araya	Miguel Ulloa Espinoza
Paola Arévalo Leal	Rodrigo Albornoz González
Susana Chacón Sandoval	Susana Romero Derderian

DIPOL

Bárbara Donoso Contreras
Pamela Vargas Alfaro

SALUD DIGITAL

Vezna Sabando Franulic	Nicole Rivera Guerrero

DIPLAS

Susana Martinez Studer

Depto. Gestión de Riesgos en Emergencias y Desastres. Gabinete de ministro.

Paz Anguita Hernández

Departamento Participación Ciudadana y Trato al Usuario

Frank Reimberg Navarro	
Paola Cárcamo	Fernanda Belmar

SERVICIOS DE SALUD

Rafael Alaniz	Director de Atención Primaria Servicio de Salud Coquimbo
Sebastian Yáñez	Director de Atención Primaria Servicio de Salud Metropolitano Norte
Maria Paz Iturriaga	Director de Atención Primaria Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Cecilia Carolina Bravo	Jefa de Participación Social, Servicio Salud O'Higgins
Karina Carmona	Profesional Participación Social, Servicio de Salud O'Higgins
Feliz Arévalo	Profesional Participación Social, Servicio de Salud O'Higgins
Uberlinda Venegas	Profesional Participación Social, Servicio de Salud Metropolitano Norte
Angelica Antiman	Jefa de Participación Social, Servicio Salud Metropolitano Occidente
Karin Mellado	Profesional Participación Social, Servicio de Salud Metropolitano Occidente

REFERENTES PARTICIPACION COMUNALES SERVICIO SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE

Myriam Rodriguez	Cesfam Garín,
Claudia Andrade	Cesfam Cerro Navia,
Lizzie Rios	Cesfam lo Franco
Marilian Cabrera Chacón	Cesfam San Manuel
Lucia Silva Mella	Cesfam Dr. Alberto Allende Jones
Natalia Cerda	Cesfam Dr. Edelberto Elgueta
Paulina Muñoz Silva	CECOSF Codigua
Mónica Concha Quiroz	PSR Bollenar

DIRIGENTES COMUNITARIOS SERVICIO SALUD METROPOLITANO OCCIDENTE:

De las comunas de Pudahuel, Cerro Navia, Quinta Normal, Lo Prado, Curacaví, Talagante, Melipilla, padre Hurtado, Peñaflor, El Monte y Maria Pinto

Albertina Diaz Bustos	Jaime Salvatierra Fernández
Alicia González Maureira	Jessica Nahuel González
Ángel Liberona	José Vicente Correa
Ángela Bourniot San Martin	Jovelina Cuevas
Berta Rocca	Lilian Lucia Maturana Rojas
Carolina Carrasco	LIstenia Venegas Jara
Carolina concha moreno	Magaly Fuentes
Cecilia Lara	Manuel González Araya
Clarisa Matilde Sánchez Trujillo	Marcela Jeria Pailamilla
Claudia Gutiérrez Bravo	Margarita Manríquez
Clotilde Carvajal Rojas	Maria Cantillana Contreras
Derlinda Araya Castillo	Maria Eugenia Miranda
Eduardo Loyola Pino	Maria Márquez
Elba Rivera	María Pilquil Lizama
Eugenia Isabel Cid Gonzalez	Marta Álvarez Williams
Evelyn Farías	Melania Vera Salinas
Fernando Alarcón A.	Natalia Lopez
Gabriela Sepulveda Sandoval	Nelly Salinas Álvarez
Gladys Salvo Olave	Noelia Alarcon Azocar
Gloria Mallea Hernández	Pablo Acuña Díaz
Gloria Muñoz	Paola Carrasco Troncoso
Héctor Mauricio Padilla Salgado	Patricia González Neira
Ivette Peña Aleveal	Pedro Sepulveda Bustos
Rosario Estay	

DIRIGENTES COMUNITARIOS SERVICIO SALUD OHIGGINS:

De las comunas de Santa Cruz, Rancagua, Chimbarongo, San Vicente de Tagua Tagua y Requínoa

Patricia Sánchez Galaz	Edith Caro
Antonieta Vergine	Christopher Cabello
Hernán Valdivia	Carlos Vidal
Samuel Astorga	Myriam Vidal

DIRIGENTES COMUNITARIOS SERVICIO SALUD COQUIMBO

De las comunas Coquimbo, Canela, Los Vilos, Andacollo, Combarbalá e Illapel

Maria Eugenia Casanova	Luz Herrera
Felipe Cobs	Lucy Alzamora
Patricia Guajardo	Myriam Pavez
Graciela Arancibia	Marcela Leiva
Wilma Veliz	Lautaro Rozas

DIRIGENTES COMUNITARIOS SERVICIO SALUD METROPOLITANO NORTE

De las comunas de Lampa y Recoleta

Juan Carlos Valderrama	Julio Zamora
Ana Manzo	

Becadas de la Carrera Medicina General Familiar Universidad de Chile.

Carola Vega Aguilar
Millaray Arce Vásquez

EDITORES DEL DOCUMENTO

Soledad Ishihara Zuñiga – Pamela Muñoz Abarca