

ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED 2023

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

MINISTERIO DE SALUD





ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	4
II. ANTECEDENTES GENERALES	5
Marco Legal.....	6
Aspectos de la Gestión Sanitaria y Asistencial.....	9
III. BASES CONCEPTUALES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA DE LA RED DE SALUD PÚBLICA	10
Roles y funciones de la Planificación en Red	10
Enfoques de la Planificación en la red de atención de salud pública	13
Enfoque de derechos ciudadanos y protección social.....	13
Estrategia Nacional de Salud 2021-2030	20
Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria	23
Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario	24
Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas.....	25
IV. ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA LOCAL Y EN RED	27
Proceso de Planificación Sanitaria	27
Plan de Salud Comunal	32
Plan de Salud en Red.....	41
V. ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS DE LA PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL Y OPERATIVA LOCAL Y EN RED	42
Bases Teóricas de la Programación Asistencial.....	42
Proceso programático de la atención primaria	42
Matriz de programación en atención primaria.....	43
Propuesta de plan de trabajo “proceso programático”	52
Estimación de recursos humanos y demanda en APS	66
Evaluación y monitoreo	66
Gestión de agenda en APS	67
Programación del nivel secundario y terciario	68

I. INTRODUCCIÓN

Hemos asumido el liderazgo y la administración de la Red Asistencial Pública de nuestro país con un mandato ciudadano claro y categórico: entregar más y mejores acciones de salud, con equidad, pertinencia cultural y territorial, eliminando las barreras de acceso que pudieran existir, y así brindar de manera oportuna y eficiente prestaciones sanitarias que permitan mantener, mejorar y recuperar la salud de las personas y las comunidades. Este desafío, que por sí mismo presenta complejidades inherentes a una materia tan sensible para la población, se ha visto agudizado por la pandemia por SARS CoV-2. En los últimos dos años se ha demandado lo mejor de nuestras capacidades para responder a una situación de emergencia sanitaria excepcional, viéndonos en la dolorosa, pero necesaria definición, de reorientar los recursos de salud existentes para dar cuenta de esta situación. Por lo mismo, vaya para todas y todos ustedes, un reconocimiento por la labor desplegada.

Hoy, resulta imperativo recuperar la productividad asistencial que teníamos de manera previa a la emergencia sanitaria. Tenemos la convicción de que no será posible solamente con más recursos financieros, que bien podrían ayudarnos a reforzar nuestros establecimientos de salud. Debemos, también, concentrar nuestros esfuerzos en integrar la red asistencial. Para ello, hemos querido entregar estas nuevas Orientaciones para la Planificación y Programación en Red en su versión 2023. Con este documento queremos empoderar a los gestores de salud de la red asistencial en su atribución de planificación sanitaria, con la intención de que, en conciencia de su rol clave, comprendan a la integración de la red asistencial como un valor que salva vidas, disminuye secuelas evitables y, en definitiva, faculta el cuidado continuo de la salud de las personas y contribuye al mejor uso de los recursos públicos.

Tenemos la plena convicción de que debemos responder a las necesidades de salud de las personas con justicia y equidad. En el ámbito de las Redes Asistenciales, se nos ha planteado avanzar hacia la universalización de la Atención Primaria de Salud. Este diseño descansa en la vocación genuina de que la APS sea la principal estrategia de cuidado de la salud de toda la población.

En síntesis, nuestro propósito con estas Orientaciones es dar el primer paso para avanzar hacia la mejor gestión de las Redes Asistenciales, haciendo hincapié en la relevancia de trabajar en sintonía, visualizando y reconociendo la situación en la que nos encontramos, pero trazando un objetivo compartido: más y mejor salud para todas y todos.

Fernando Araos Datolli
Subsecretario de Redes Asistenciales

II. ANTECEDENTES GENERALES

La Organización Mundial de la Salud define a los Sistemas de Salud como “el conjunto de organizaciones, individuos y acciones cuya intención primordial es promover, recuperar y/o mejorar la salud”¹, y se le asignan clásicamente 4 funciones esenciales: rectoría, financiamiento, generación de recursos y provisión de servicios. Con posterioridad, y con el objeto de fortalecer los sistemas de salud para mejorar los resultados sanitarios, se plantea una revisión de estas funciones, reformulándolas en un marco conceptual de “bloques de construcción” con 6 componentes²:

- Provisión de Servicios
- Fuerza Laboral en Salud
- Información en Salud
- Medicamentos, vacunas y tecnologías
- Financiamiento
- Liderazgo y Gobernanza

Respecto de la provisión de servicios, se señala que los buenos servicios de salud son aquellos que brindan atención individual y poblacional de manera efectiva, segura y de buena calidad a quienes la necesiten, cuando la necesiten y con el mínimo desperdicio, integrando conceptos de eficacia, seguridad y calidad con características de pertinencia, oportunidad y eficiencia. En esa línea, el bloque de Provisión de Servicios de un Sistema de Salud debe ocuparse de cómo se organizan y gestionan los insumos y los servicios, para garantizar el acceso, la calidad, seguridad y continuidad de la atención en todas las condiciones de salud, en diferentes lugares y a lo largo del tiempo. Para lo anterior, resulta fundamental que los gestores de redes asistenciales observen la expresión y evolución de las necesidades de salud de la población, la cartera y el grado de integración de sus servicios asistenciales, la organización y disposición de su propia red de salud, la apropiada gestión de los recursos sanitarios con los que se cuenta, así como el buen estado de las instalaciones y equipamiento de su responsabilidad.

De allí que la función de **planificación** de quienes efectúan la provisión de servicios de salud es una labor ineludible, y que pretende contribuir a la consecución de mejores estados de salud en la población a cargo, mediante la adecuada organización de los recursos asistenciales disponibles, para responder de manera pertinente, oportuna, satisfactoria y continua a todos quienes necesiten de estos servicios.

En nuestro contexto sanitario local, y al igual que los Sistemas de Salud de nuestro continente, una de sus principales falencias, y que tiene repercusión directa con el nivel de acceso, cobertura y oportunidad de atención de salud de las personas, dice relación con la **fragmentación de la red asistencial**. En ese sentido, uno de los principales desafíos de los gestores de Servicios de Salud, con miras a mejorar su desempeño, es la efectiva integración de los efectores sanitarios de su dependencia, y de las prestaciones de salud que otorgan. En ese orden de cosas, la Organización Panamericana de la Salud ha propuesto el Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud³, como

¹ <https://www.who.int/publications/i/item/924156198X>. Disponible en español en <https://biblioteca.hegoa.ehu.es/registros/10657>

² World Health Organization. Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. 2007;44.

³ OPS / OMS. Redes Integradas de Servicios de Salud Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas [Internet]. 2010 [citado 24 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>

una respuesta al problema de la fragmentación, para lo que plantea 14 atributos esenciales organizados en 4 ámbitos de abordaje: Modelo Asistencial, Gobernanza y Estrategia, Organización y Gestión y Asignación e Incentivos.

A su vez, nuestro país, en el marco de la Reforma a la Salud de inicios de la década de los 2000, ha postulado el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y Comunitario, como una forma de brindar atención de manera comprensiva a las necesidades de salud de la población, y no solo responder puntualmente a la demanda sanitaria eventual de las personas. Este modelo se basa en 3 principios irrenunciables: Atención centrada en las personas, integralidad de la atención y continuidad en los cuidados de salud a través de la red.

Por último, un marco conceptual que tributa y da cuerpo a los modelos señalados previamente, es el de Funciones Esenciales de la Salud Pública para las Américas⁴, también formulado por la Organización Panamericana de la Salud, y que, relacionado con el componente de acceso, señala como función esencial el acceso equitativo a servicios de salud integrales y de calidad, definido como “las acciones para garantizar el acceso a servicios de salud pública integrales y de calidad, ampliados progresivamente, y coherentes con las necesidades de salud, las capacidades del sistema y el contexto nacional, a través de la organización y la gestión de servicios de salud centrados en la persona, con enfoque de riesgo familiar y comunitario, curso de vida, determinantes sociales de la salud y salud en todas las políticas”.

En síntesis, los gestores de redes de salud, en sus distintos niveles, deben comprender y ejercer la función de Planificación Sanitaria, y para lo anterior, el Modelo de Redes Integradas de Servicios de Salud y el Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque Familiar y Comunitario entregan énfasis que deben ser considerados al momento de ejecutar este rol.

Marco Legal

En nuestro país, la red pública de salud se organiza a través del Sistema Nacional de Servicios de Salud⁵ (en adelante, el Sistema) y se constituye por 29 Servicios de Salud⁶, comprendidos como organismos estatales, funcionalmente descentralizados, dotados de personalidad jurídica y patrimonio propio para acometer las acciones integradas de fomento, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, dependiendo del Ministerio de Salud para los efectos de someterse a su supervigilancia en su funcionamiento, debiendo ajustarse a sus políticas, normas y planes generales para el ejercicio de sus actividades, siendo coordinados para tal efecto por la Subsecretaría de Redes Asistenciales⁷, la que a su vez tendrá a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para la atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones en salud.

Por su parte, la Red Asistencial de cada Servicio de Salud estará constituida por el conjunto de establecimientos públicos que forman parte de él, los establecimientos municipales de Atención Primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud correspondiente, y todos ellos deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población⁸,

⁴ Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción [Internet]. Organización Panamericana de la Salud; 2019 [citado 24 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>

⁵ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2005, Artículo 2, inciso segundo

⁶ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2005, Artículo 16

⁷ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2005, Artículo 8, inciso segundo

⁸ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2005, Artículo 17, inciso primero

misma exigencia que se hace a cada Servicio de Salud para relacionarse con otros Servicios del Sistema, para perseguir el mismo objetivo⁹.

Por último, los establecimientos públicos que forman parte de cada Servicio de Salud se clasifican en “Establecimientos de Autogestión en Red”¹⁰ y “establecimientos de salud de menor complejidad”¹¹, en tanto que el nivel primario de atención de salud está conformado con “Establecimientos de Atención Primaria”¹², pudiendo ser administrados por Entidades Administradoras de Salud Municipal¹³, o ser dependientes de Servicios de Salud de manera directa o delegada¹⁴.

Respecto de la esencial función sanitaria de Planificación, esta se encuentra descentralizada en los Servicios de Salud, siendo una de las atribuciones de su director o directora (además de la organización, coordinación y control), en arreglo con los planes y programas del Ministerio de Salud¹⁵, facultando además, para determinar las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud¹⁶. A su vez, las Entidades Administradoras de Salud Municipal deberán formular de manera anual un proyecto de Programa de Salud Municipal¹⁷, que debe enmarcarse en las normas técnicas del Ministerio de Salud (siendo éste el propósito de este documento); este programa es conocido ampliamente como “Plan de Salud Comunal”.

Con todo, las Entidades Administradoras de Salud Municipal, en su amplísima mayoría, se corresponden con Municipalidades, y en ese sentido, estas también cuentan con la atribución de formular un “Plan de Desarrollo Comunal”¹⁸, comprendido como el instrumento rector de desarrollo en la comuna, y que debe contemplar las acciones orientadas a satisfacer las necesidades de la comunidad local y promover su avance social, económico y cultural, teniendo una vigencia mínima de 4 años¹⁹. Los alcances de este Plan de Desarrollo Comunal, en el ámbito de la salud, deben vincularse con las funciones para las que se encuentran facultadas en su territorio, entre ellas la salud pública y la protección del medio ambiente²⁰.

Es así que estas Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, en arreglo con el marco legal vigente, distinguiéndose de ejercicios programáticos previos, y con el objeto de fortalecer y promover la función de Planificación Sanitaria de los gestores de redes de salud, pretende impulsar este instrumento como una herramienta de gestión de largo plazo, en sintonía con las necesidades crecientes y continuas de salud de las personas y comunidades, persiguiendo su bienestar y facultando el ejercicio pleno de sus derechos. Por lo anterior, estas Orientaciones incorporan las siguientes innovaciones en el marco de la Planificación Sanitaria:

⁹ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2005, Artículo 17, inciso segundo

¹⁰ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2005, Título IV

¹¹ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2005, Título V

¹² Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2005, Artículo 18

¹³ Ley nº 19378, Artículo 2, literal b)

¹⁴ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2005, Artículo 18, inciso segundo

¹⁵ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2005, Artículo 21, inciso primero

¹⁶ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2005, Artículo 21, inciso segundo

¹⁷ Ley nº 19378, Artículo 58, inciso primero

¹⁸ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2006, Artículo 3, literal a)

¹⁹ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2006, Artículo 7, inciso primero

²⁰ Decreto con Fuerza de Ley nº 1 del 2006, Artículo 4, literal b)

- **En el nivel comunal:**

- Plan de Salud Comunal con alcance plurianual (hasta el término del periodo alcaldicio en curso).
- Evaluación inicial, por parte de los Servicios de Salud, del Plan de Salud Comunal, en consonancia con los planes y programas ministeriales, su diagnóstico sanitario local, las prioridades del gestor local y de la comunidad, y las definiciones y énfasis establecidos en su Plan Comunal de Desarrollo, incluyendo elementos de salud pública y protección del medio ambiente, así como otros ámbitos de resorte municipal que sean de interés para el bienestar de la población bajo la lógica de Determinantes Sociales de la Salud.
- Evaluación anual del componente programático asistencial del Plan de Salud Comunal (Programa de Salud Municipal), y que, en años siguientes, constará de una observación de los logros alcanzados y del cumplimiento y/o avance de los aspectos priorizados en la planificación sanitaria comunal.

- **En el nivel de Servicios de Salud:**

- Formulación de un Plan de Salud en Red, que considere los aspectos priorizados por los Planes de Salud Comunal de su territorio, y los correlacione con las necesidades de salud de la población y los recursos asistenciales disponibles, alineándose con los Objetivos Sanitarios formulados en la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 y los énfasis señalados en el Plan de Gobierno 2022-2026. Este Plan de Salud en Red se corresponde con las atribuciones de planificación y coordinación de la Red Asistencial.
- Representación del Plan de Salud en Red en las programaciones operativas de los Establecimientos de Salud de su dependencia, y en el Sistema Informático de Monitoreo de la Planificación Operativa (SIMPO)
- Acompañamiento a las Entidades Administradoras de Salud Municipal para dar seguimiento a los Planes de Salud Comunal, y asesoría efectiva cuando sea necesario.
- Evaluación de los componentes de Planificación y Programación en Red en los Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud, de manera de ser un elemento gravitante en la evaluación de las Direcciones de los Servicios de Salud.

Aspectos de la Gestión Sanitaria y Asistencial

A los gestores de redes de salud, independiente del nivel de atención en el que les corresponda interactuar, no solo les corresponde la planificación sanitaria de la organización asistencial que lideran, sino que también otras tareas propias de la gestión en salud, y que se desencadenan de esta primera función. A saber, también deben ser parte de su quehacer las funciones de programación operativa de recursos asistenciales, provisión y disposición de acciones sanitarias para su ejecución, monitoreo de la actividad asistencial y evaluación del cumplimiento de lo planificado y programado. De las funciones antes mencionadas, se desprenden las siguientes etapas del Ciclo de Gestión Asistencial:

- **Programación:** Corresponde a la representación y disposición esquemática de las acciones sanitarias relativas a su quehacer asistencial, y de las acciones operativas necesarias para soportar el funcionamiento del o de los establecimientos de salud sobre los que se programa. Esta programación, a su vez, debe reflejar los énfasis señalados en la Planificación Sanitaria y situarse en un periodo razonable para su ejecución. Los productos esperados de la Programación son la estimación de acciones sanitarias y operativas a realizar, la estimación de recursos necesarios para realizar la totalidad de las acciones programadas, la oferta de recursos posible de disponer en atención a los recursos asistenciales con los que se cuenta, y la estimación de brecha de recursos asistenciales que harían falta para ejecutar las acciones sanitarias y operativas idealmente estimadas.
- **Agendamiento:** Es la representación y disposición efectiva de las acciones sanitarias a ofrecer a las personas y comunidades que las necesiten. El proceso de agendamiento debe considerar el brindar oportunidades efectivas de acceso a estas acciones sanitarias, así como reflejar, en el mediano plazo, la cantidad y características de las acciones sanitarias programadas previamente.
- **Producción Asistencial:** Corresponde a la ejecución efectiva de las acciones sanitarias ofertadas a la población, y que se espera, sea un correlato de aquellas acciones realmente ofertadas y demandadas por las personas.
- **Evaluación:** Es el proceso que permite vincular, mediante el monitoreo de la producción asistencial y la observación de indicadores de proceso, resultado e impacto, la correcta ejecución de la Planificación Sanitaria. Esta evaluación, a su vez, sirve como insumo para la adecuación de aspectos programáticos posibles de corregir, así como la formulación de próximos procesos de planificación.

Así, el Ciclo de Gestión Asistencial instala a la Planificación Sanitaria como una herramienta de gestión de máxima relevancia, y alienta su efectivo uso como una hoja de ruta que orienta el quehacer de los gestores de redes de salud. En ese sentido, se plantean estas Orientaciones para la Planificación y Programación en Red, a manera de manual para la formulación de los Planes de Salud Comunal y en Red, así como guía para el correcto ejercicio programático de los distintos niveles de atención, con énfasis en la integración de la Red Asistencial.

III. BASES CONCEPTUALES PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA DE LA RED DE SALUD PÚBLICA

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 con su ámbito y nivel de competencia.

Roles y funciones de la Planificación en Red

Los énfasis de la Planificación y Programación en Red están dados principalmente por los Objetivos Sanitarios de la Década, el Plan de Gobierno 2022-2026 y el Modelo de Atención Integral con énfasis en Salud Familiar y Comunitaria, incorporando el Sistema de Protección Social a grupos prioritarios y basado en las características sociodemográficas 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 explicita 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 y/o complementarios de atención.
- Medios de comunicación y coordinación.

En el proceso de Planificación y 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:
 - La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
 - La definición de objetivos sanitarios nacionales.
 - La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
 - 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 N° 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 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 de actividades construido por la entidad administradora en base a los énfasis y prioridades definidas de manera local, y 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. Las presentes orientaciones están específicamente dedicadas a esta labor. Las funciones de planificación y organización de este plan para el nivel primario de atención están contenidas en el Capítulo II (Proceso de Planificación Sanitaria y Plan de Salud Comunal).

Enfoques de la Planificación en la red de atención de salud pública

Enfoque de derechos ciudadanos y protección social

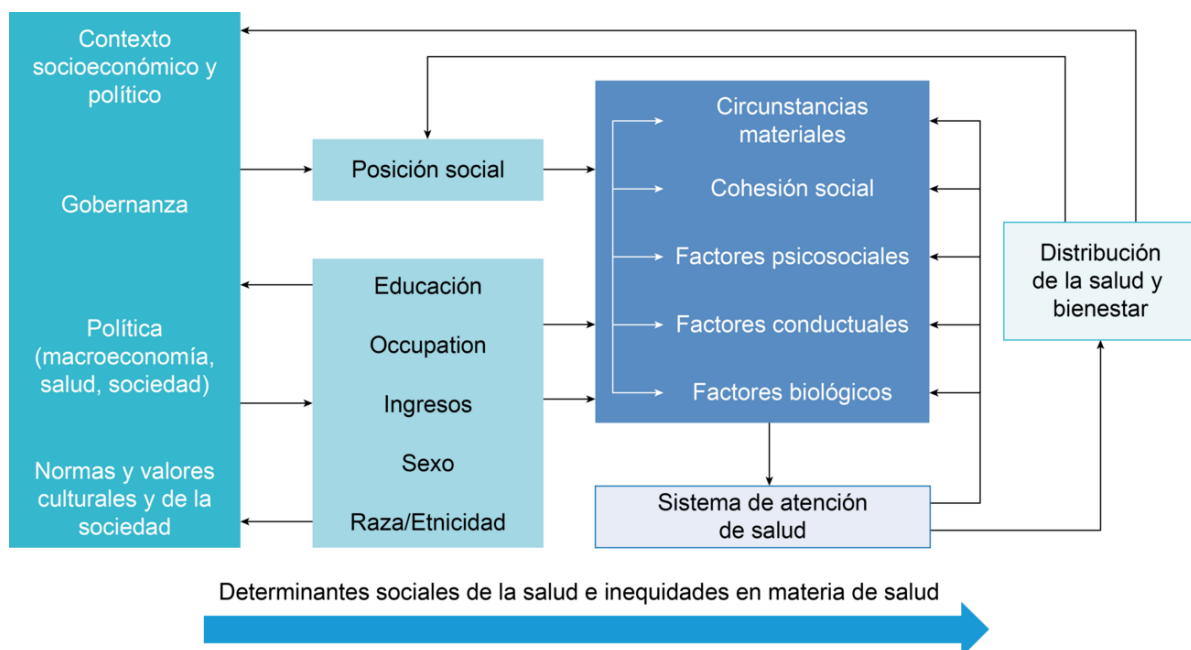
Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. La Protección Social, es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en su diario vivir, así como en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso para todos.

Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

El reconocimiento de las limitaciones de la biomedicina, que sólo aborda los riesgos individuales de enfermar, fomenta que la Organización Mundial de la Salud, creara el año 2005, la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, la que el año 2008 publicó el informe “Subsanar las desigualdades en una generación”²¹, documento que pretende impulsar la equidad sanitaria actuando sobre los Determinantes Sociales, los que se entienden como las condiciones sociales en que las personas viven y trabajan, que impactan sobre la salud.

El enfoque de Determinantes Sociales clasifica a estos en estructurales e intermediarios. Los primeros se refieren a los componentes del contexto y que asignan una posición social a las personas y los segundos, a los componentes de vida y trabajo, que establecen diferencias de vulnerabilidad y salud para cada persona: recursos materiales, factores psicosociales, factores conductuales y servicios de salud.

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



La salud es, de acuerdo con este enfoque, el resultado de una cadena de asociaciones múltiples que se dan entre las condiciones de vida y de trabajo, del ambiente y de las oportunidades que tengan

²¹ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf?

las personas para desarrollar su potencial. Los determinantes son las condiciones sociales en las cuales las personas viven y trabajan, es decir, las características en las cuales la vida tiene lugar. Incluyen las características del contexto social que influyen directamente en la salud y también las vías o mecanismos por los cuales las condiciones sociales se expresan en efectos en la salud. Los principales determinantes estructurales de la salud son la educación, las condiciones de trabajo y empleo, el ambiente físico y el equipamiento territorial. Asimismo, el género, la clase social y la migración son determinantes sociales estructurales que influyen en el resultado en salud. De ahí nace la necesidad de fortalecer el trabajo intersectorial que permita abordar estos factores a nivel nacional y en los territorios.

Enfoque de Curso de Vida

El enfoque de curso de vida provee un marco conceptual que permite entender cómo múltiples determinantes de la salud interactúan a lo largo de la vida y entre generaciones para producir resultados en salud²². Es así, como intervenciones durante la niñez y la adolescencia, tendrán efecto en el adulto, persona mayor y también en las siguientes generaciones. Por ejemplo, mejorar la ingesta de calcio en la adolescencia disminuye la osteoporosis, fracturas y discapacidad en la persona mayor y prevenir el tabaquismo durante el embarazo adolescente reduce la incidencia de recién nacidos con bajo peso de nacimiento, disminuye la incidencia de obesidad y síndrome metabólico en la próxima generación.

En este contexto, el enfoque de curso de vida considera la salud como un continuo integrado y dinámico en que existe un efecto acumulado de los determinantes sociales, siendo clave la implementación temprana de acciones de promoción y prevención en salud, para asegurar beneficios en etapas avanzadas de la vida²³.

El enfoque de curso de vida se diferencia con el de ciclo vital, en cuanto en este último, se realizan intervenciones sólo en etapas específicas de la vida de la persona, mientras que el primero establece que las intervenciones o repercusiones en la salud de la persona en cualquier momento de la vida, repercuten en el abordaje de la salud no solo de manera individual, sino que también en su entorno familiar y comunitario. Es así como el desarrollo integral de las personas se convierte en el mejor resultado esperado en esta intervención, desde la epigenética en la etapa preconcepcional, hasta la funcionalidad de las personas mayores.

Desde el enfoque de curso de vida, el nivel primario, se presenta como el mejor escenario para implementar acciones desde etapas tempranas de la vida, con continuidad en el cuidado abarcando las distintas etapas y trayectorias de la vida de las personas, y otros factores que determinan un envejecimiento saludable y activo²⁴.

²² OMS, «Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud - ¿Qué es, por qué, y cómo?» S/F, [En línea]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/final_report/csdh_who_what_why_how_es.pdf?ua=1.

²³ OPS, «OPS Informe Anual del Director. 1996: Gente sana en entornos saludable- Documento Oficial No. 283». 1996.

²⁴ Committee on the Future Health Care Workforce for Older Americans, 2008

Enfoque de equidad en salud

Según la OMS, equidad puede ser definida como “la ausencia de diferencias injustas y evitables o remediables en salud entre grupos o poblaciones definidas social, económica, demográfica o geográficamente”²⁵.

Avanzar hacia la equidad en salud, implica inducir cambios culturales y normativos para reducir las brechas resultantes de la estratificación social. Las acciones de salud deben estar orientadas a la minimización de las desigualdades evitables en el nivel de salud y sus determinantes, que existen entre las personas y grupos con diferente nivel de privilegio social y requiere identificar los grupos sociales y territorios excluidos. Algunas de las condiciones que generan inequidad en salud son el género y la cultura.

Equidad de Género en Salud

La incorporación del enfoque de género en la salud²⁶, busca reducir o eliminar las inequidades y discriminaciones que nacen de la cultura y que provocan consecuencias negativas en la salud de las personas. Para lograrlo, se deben considerar las necesidades particulares de mujeres y hombres, así como de personas de la diversidad sexual. La diferenciación de actividades, actitudes y conductas identificadas como masculinas o femeninas originan condiciones de vulnerabilidad específicas para la salud de cada género a lo largo de su curso de vida.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre mujeres y hombres. Es decir, que mujeres, hombres y personas de la diversidad sexual, tengan las mismas oportunidades de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitarse o morir por causas que son injustas y evitables. La equidad de género en salud no es lo mismo que la igualdad, ya que no pretende establecer una distribución igual de recursos, sino una distribución diferencial, de acuerdo con las necesidades particulares de cada género.

Existen desigualdades en salud que no son explicables por las diferencias biológicas ligadas al sexo: son atribuibles a la distinta exposición a riesgos de mujeres y hombres; y ocurren por la diferente disponibilidad de recursos para mantenerse saludables. Es decir, sólo se explican por factores culturales relacionados con los roles y relaciones de género. Por tanto, hay que considerar al género como un determinante social de la salud y diferenciar el perfil epidemiológico de cada sexo para el diseño de políticas sanitarias. La estrecha relación entre inequidades de género, etnia, pobreza, discriminación, violencia doméstica, abuso laboral, abuso sexual, morbilidad infantil, entre muchos otros problemas de salud (Marmot et al., 2008; Martine, 2000; Shed- lin, 2002), hace necesaria la inclusión de este determinante social en las orientaciones programáticas para la red asistencial.

²⁵ World Health Organization. “Equity in Health Care”. Geneva, WHO, 1996

²⁶ Equidad en la situación de salud desde la perspectiva de género” Washington DC.OPS 1999

Pueblos Indígenas e Interculturalidad (Anexo 1)

Los Pueblos Indígenas son aquellos que el Estado reconoce como descendientes de las agrupaciones humanas que existen en el territorio nacional y que mantienen vigentes sus manifestaciones culturales propias o parte de ellas. Son comunidades y pueblos que históricamente han sufrido vulneración de sus derechos y que presentan un “patrón epidemiológico de transición prolongada y polarizada, en que persisten simultáneamente altos niveles de infecciones comunes, enfermedades degenerativas-crónicas y lesiones, en un contexto de agudización de las desigualdades sociales en materia de salud” de acuerdo a estudios epidemiológicos efectuados por MINSAL (Serie Análisis de la Situación de salud de los Pueblos Indígenas de Chile, 2007 al 2014). Tales comorbilidades hacen que estas personas sean más vulnerables a las complicaciones que está generando la enfermedad por COVID 19, lo que genera preocupación sobre cómo podría comportarse la epidemia en la población indígena, en términos de evolución y gravedad.

A este complejo escenario, se suma la condición socioeconómica de la población indígena. De acuerdo a datos entregados por la Encuesta CASEN 2017, el 14,2 % de las personas pertenecientes a pueblos indígenas se encuentran en una situación de pobreza por ingreso, en comparación con el 8,0% para población no indígena. Así también, el 30,3% de la población indígena se encuentra en situación de pobreza multidimensional, presentando una brecha de 10,5% respecto de la población no indígena. Respecto de su situación de saneamiento ambiental, en muchas comunidades rurales hay ausencia de servicios básicos lo que agudiza las condiciones de vulnerabilidad frente a la actual emergencia sanitaria por COVID-19.

En consecuencia, existe una especial preocupación por garantizar a los pueblos indígenas el oportuno y adecuado acceso a la Red de Atención de Salud, promoviendo la Equidad y Pertinencia cultural de las acciones y estrategias vinculadas a promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en el marco del actual contexto epidemiológico que enfrenta el país producto del COVID-19, y particularmente de las condiciones necesarias para contribuir al control de la curva de contagios de personas pertenecientes a pueblos originarios. Favorecer el acceso a la medicina indígena como coadyuvante en la recuperación de la enfermedad y registrar la variable de pertenencia a pueblos originarios, tal como está consignando en la normativa ministerial, Norma N°820, Decreto Exento N° 643, vigente desde el 2016, es un imperativo para abordar con eficacia los problemas de salud de la población objetivo de este Programa.

En el marco de la ley de derechos y deberes 20.584, art 7, sobre el derecho a recibir atención de salud con pertinencia cultural, es deber del prestador institucional público garantizar y proteger tanto los derechos humanos individuales y colectivos de los Pueblos Indígenas como el derecho a la atención de salud con pertinencia cultural en su actividad sanitaria y en toda la red de salud.

En el ámbito asociado al trabajo y planificación sanitaria, la cultura es un elemento clave en el proceso de salud, enfermedad, atención y cuidado de las personas, porque se vincula con valores, conocimiento, comportamientos, hábitos, y formas de vida, relacionándose, por una parte con categorías propias de etiología o causas de las enfermedades, por otra con los cuidados y tratamientos, seguido del significado que explica o da sentido a las enfermedades en el contexto histórico y sociocultural en que viven.

Adoptar un enfoque intercultural y promover su transversalización en los programas de la red, aumentará las posibilidades de un sistema organizado y coordinado, con mayores estándares de pertinencia cultural en la atención de salud. Lo anterior implica una revisión profunda de las propias culturas dentro de nuestras instituciones sanitarias, a fin de abrir el diálogo simétrico y complementario entre distintas formas de comprensión y actuación en salud.

Población Migrante (Anexo 2)

La migración es un determinante social de la salud, pues tanto el estatus como la experiencia migratoria en sus diferentes etapas, supone la exposición a riesgos psicosociales y ambientales que tienen una gran variabilidad según el estrato social y la condición legal de las personas migrantes. Existen diferentes barreras a la salud como derecho social que enfrentan las personas migrantes, especialmente a la atención, a la vivienda y trabajo adecuados, y a la no discriminación. El Ministerio de Salud ha diseñado y monitoreado una serie de normas que perfeccionan el acceso a la atención de salud de las personas migrantes en igualdad de condiciones que la población nacional, las que deben ser difundidas y aplicadas en todas las comunas del país.

Enfoque de Participación Social y Comunitaria.

La participación social en salud es una estrategia de habilitación de las personas y colectivos para poder decidir a nivel individual, familiar y comunitario, en las temáticas sociosanitarias que les afectan en sus territorios ²⁷generando mecanismos e instancias de carácter participativo e inclusivo para el intercambio de información, análisis de la situación de salud y enfermedad local y la generación conjunta de soluciones.

Dentro del marco normativo en Chile, destaca la Ley Nº 20.500 sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública, del año 2011²⁸, donde se institucionaliza la participación ciudadana a nivel país. Posteriormente, en la “Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de los Sistemas de Salud” del año 2015²⁹, se entiende la participación ciudadana como una relación activa entre la ciudadanía y el Estado, estando orientada al ejercicio de sus derechos, y basada en la comunicación efectiva entre ambas partes, fortaleciendo la circulación de la información y el establecimiento de la escucha, consulta y control de las políticas públicas.

En este sentido, la finalidad de la participación en salud no es ayudar a la población a aceptar y asimilar estándares cualitativos y cuantitativos de las instituciones, sino más bien contribuir al conocimiento, reconocimiento y respeto hacia las necesidades y problemas de salud de los diversos grupos de la población, centrado en el autocuidado y etapa del curso de vida que viven, desde su propia conceptualización y entendimiento.

Enfoque de Seguridad y Calidad de la Atención

Otro de los enfoques transversales a considerar en el momento de la planificación y programación de las actividades de la Red Asistencial, es la seguridad y la calidad de la atención. Ambas son un deber ético (“primero no dañar”) y también un derecho garantizado por ley. En este contexto, el marco legal de la seguridad y calidad de la atención de salud se fundamenta en la Reforma de Salud³⁰, que incorpora la Ley de Garantías Explícitas en Salud³¹ que, entre otras cosas, garantiza la calidad de la atención en un grupo definido de patologías. Posteriormente, la Ley 20.584 que regula sobre los derechos y deberes que las personas tienen en acciones vinculadas con la salud, aplicables a cualquier tipo de prestadores, en su Art 4°, señala que las personas tienen derecho a una atención segura. La

²⁷ MINSAL, «En el camino al Centro de Salud Familiar». 2008, [En línea]. Disponible en: <http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/07/MINSAL-2008-En-el-camino-a-Centro-de-Salud-Familiar.pdf>.

²⁸ Ministerio Secretaría General de Gobierno, «Ley 20500 Sobre Asociaciones y Participación Ciudadana en la Gestión Pública.» 2011, [En línea]. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1023143>.

²⁹ Ministerio de Salud, «Resolución Exenta Nº 31. Establece la Norma General de Participación Ciudadana en la Gestión Pública de Salud.» 2015.

³⁰ Ley 19.937 Ley de Autoridad Sanitaria, Art 4°, Numeral 11,12,13

³¹ Ley 19.666 Ley de Garantías Explícitas en Salud, Art 14°.

concreción de esta regulación se establece a través de la definición de una infraestructura mínima para otorgar prestaciones seguras (Normas Técnicas Básicas³²); la definición de prácticas preventivas de eventos adversos (Protocolos y normas sobre seguridad del paciente y calidad de la atención³³) y la acreditación de prestadores institucionales de salud (Sistema Nacional de Acreditación en Salud). Es así como todo prestador institucional de salud debe considerar como mínimo, lo establecido en dicho cuerpo normativo para avanzar en la prestación de servicios seguros y de calidad.

A nivel operativo, el desarrollo de atenciones seguras y de calidad requiere de un cambio más profundo a nivel organizacional, más allá de cumplir con la normativa. En este sentido se requiere de la implementación y fortalecimiento de una cultura de seguridad³⁴ y de un sistema de gestión de la calidad, a través de ciclos de mejora continua, como ejes centrales para conseguir atenciones seguras para los pacientes. Las estrategias para el desarrollo de una cultura de calidad son variadas y dependen del contexto en el cual se desarrollan, dado que 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. Dichas estrategias deben ser consistentes, con lo incorporado en otras orientaciones centrales tales como: Modelo de redes integradas de sistemas de salud (RISS), Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS), Lineamientos técnicos de la estrategia nacional de salud, entre otras.

³² Disponibles en: <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>

³³ Disponibles en: <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>

³⁴ 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.

A continuación, se señalan actividades que contribuyen al otorgamiento de prestaciones seguras y de calidad:

1. Elaboración de una Política de calidad institucional: considerando que la Política es la declaración formal de principios generales, debe otorgar consistencia y coherencia a la toma de decisiones de seguridad y calidad, dando un marco orientador a las gestiones de todas las unidades que componen la organización.
2. Implementación del Programa de Calidad Institucional: ejecutar un conjunto ordenado de actividades orientadas al cumplimiento de la calidad, las cuales se encuentran en un programa, en conjunto con metas, responsables, plazos y evaluación de su cumplimiento.
3. Definición de una estructura responsable de la gestión de calidad en las Direcciones de los servicios de salud, Direcciones de salud municipal y/o Corporaciones municipales, que contemple:
 - a) Designación formal de un responsable del Programa de seguridad y calidad de la atención con funciones definidas y horas necesarias para el cumplimiento de sus funciones.
 - b) Conformación de un Comité de seguridad y calidad de la atención, que asuma el liderazgo de temas específicos y la coordinación necesaria con otros gestores afines tales como, oficina de informaciones, reclamos y sugerencias (OIRS), auditorías, emergencias y desastres³⁵, participación ciudadana, entre otros.
 - c) Conformación de un comité de calidad que cuente con la participación de usuarios (pacientes o tutores legales) y representantes de la comunidad, quienes aportan desde su experiencia para el mejoramiento continuo de los procesos.
4. Formación y capacitación continua en temas relacionados con seguridad y calidad, según perfil de los profesionales y de los funcionarios.
5. Implementar un sistema de monitoreo de la calidad y seguridad de la atención que dé cuenta de las metas comprometidas, tales como Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud (COMGES), Balance score card (BSC), Metas sanitarias, entre otros.
6. Implementar estrategias de comunicación y difusión al interior de los equipos, para sociabilizar el programa de calidad institucional con el apoyo del Servicio de salud, Dirección de salud municipal y/o Corporación municipal.
7. Establecer sistemas de soporte para desarrollar gestión documental y monitorización de indicadores.
8. Preparar a los equipos para un proceso de evaluación externa, como el que establece el Sistema Nacional de acreditación³⁶, para que los equipos incorporen en su quehacer institucional la calidad en forma gradual; lo que implicará aplicar ciclos de mejora, liderazgo facilitador y positivo de las jefaturas, coordinadores, jefes de sector, encargados de calidad, con la participación de la comunidad y el intersector donde se deberán aplicar herramientas de gestión y potenciar el trabajo en equipo.

³⁵ Ord N°334/2022 Guía y Formato para la Elaboración de Planes de Emergencias para Establecimientos de Atención Primaria de Salud.

³⁶ De acuerdo con lo establecido en el Manual del Estándar General de Acreditación para Prestadores Institucionales. Disponible en <https://www.minsal.cl/calidad-y-seguridad-del-paciente/>.

Estrategia Nacional de Salud 2021-2030

La **Reforma de salud** del año 2004 (Ley de Autoridad Sanitaria N°19.937), establece como parte de la función rectora del Ministerio de Salud, la definición de objetivos sanitarios nacionales. Estos, se sitúan en una posición estratégica para el sector, enmarcando su desarrollo a través de la Estrategia Nacional de Salud, instrumento en el que se exponen los principales desafíos sanitarios y se establecen las acciones y abordajes para enfrentarlos³⁷. En vista de alcanzar los objetivos sanitarios definidos, desde la década del 2000 en adelante se han desarrollado ciclos de planificación para establecer y abordar las prioridades del sector salud para un período de 10 años, los que se alinean a directrices y compromisos internacionales.

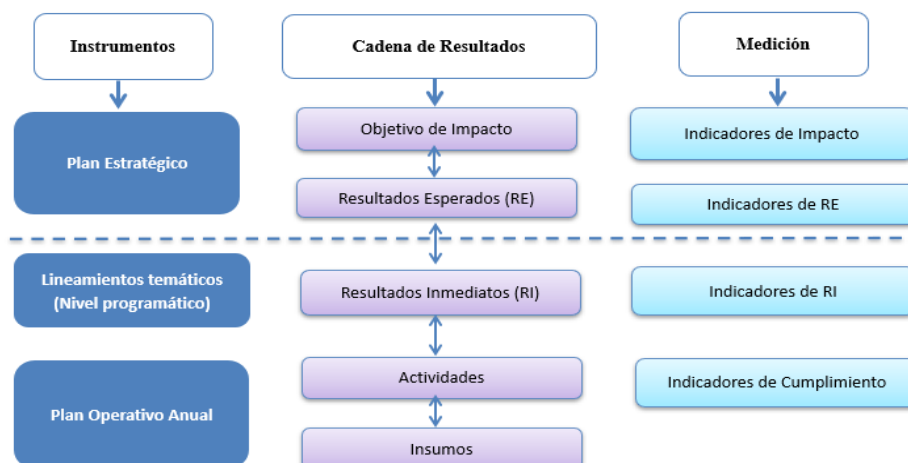
Estos ciclos de planificación sanitaria se han traducido en un proceso evolutivo, donde los aprendizajes obtenidos en el período previo han sido tomados como puntos de mejora para los procesos siguientes, involucrando elementos destacables en el desarrollo de su dimensión estratégica, operativa y participativa, así como la adopción de un modelo de planificación a partir de la **Gestión basada en resultados** (GBR), del qué se desprende el marco de planificación implementado (Figura 2).

Bajo este marco, los resultados están organizados en niveles, los que se corresponden con distintos cambios esperables, según la forma y temporalidad de estos; existiendo además una lógica agregativa entre ellos, en donde lo logrado en un nivel, contribuye al logro de lo planteado en el nivel siguiente. De acuerdo con esto, en el nivel superior se encuentran los **objetivos de impacto** (OI), que dan cuenta de cambios relevantes en la salud de las personas, los que tienden a ser de largo plazo y de mayor estabilidad en el tiempo; en el segundo nivel se encuentran los **resultados esperados** (RE), asociados al nivel de salud de las personas, sus factores de riesgo o determinantes, siendo más cercanos a intervenciones sanitarias específicas. Por último, en el tercer nivel se ubican los **resultados inmediatos** (RI), que se asocian directamente a los resultados de productos y servicios, que ejecuta cada nivel de responsabilidad en el sector salud³⁸.

³⁷Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para el logro de los Objetivos Sanitarios al 2030. [Internet]. MINSAL; 2020 [citado 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf>

³⁸ Ministerio de Salud. Análisis crítico de temas: diabetes mellitus. Insumo para la evaluación final de periodo Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. [Internet]. MINSAL; 2019 [citado 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/An%C3%A1lisis-Cr%C3%ADtico-Diabetes-2020.pdf>

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



En la formulación de los **Objetivos Sanitarios de la Década (OSD)** al 2030 tanto los aprendizajes nacionales como las orientaciones internacionales, fueron plasmados a través de principios y enfoques metodológicos que sustentaron el desarrollo de este proceso. En este contexto se establece como marco orientador los **objetivos de desarrollo sostenible** y se asumen como principios, el asegurar los derechos en salud, alcanzar la universalidad y reducir las inequidades en salud presentes en la población³⁹.

Asimismo, a través de la resolución exenta 528 de abril de 2021 se fijan para la década 2021-2030 los siguientes objetivos sanitarios:

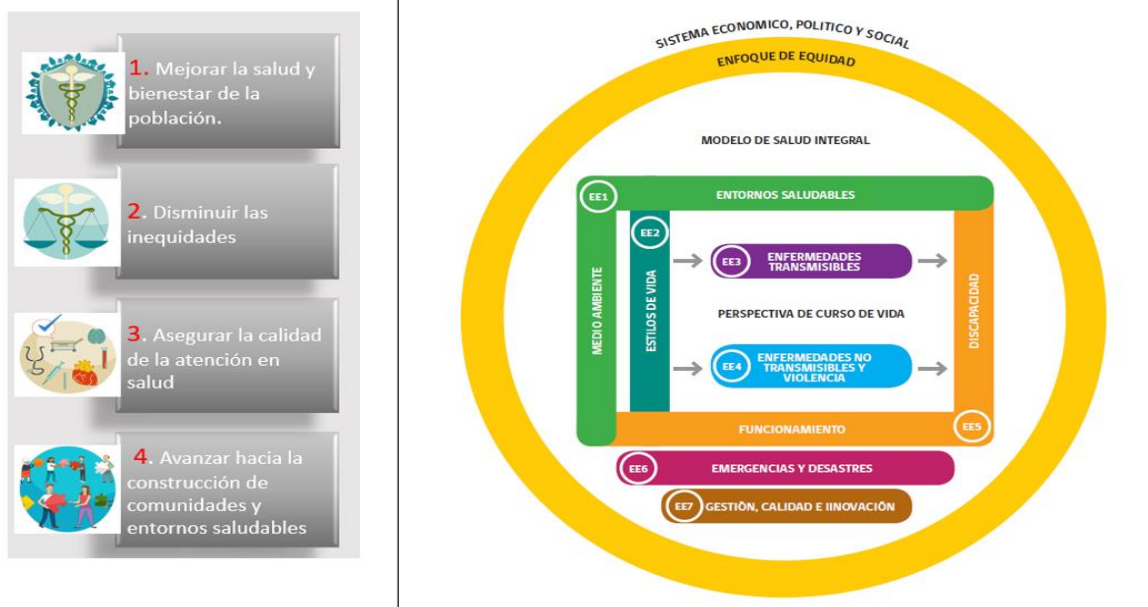
- Mejorar la salud y bienestar de la población.
- Disminuir las inequidades.
- Asegurar la calidad de la atención en salud.
- Avanzar hacia la construcción de comunidades y entornos saludables.

La **Estrategia Nacional de Salud** para el logro de los OSD al 2030, considera 7 ejes estratégicos como principales áreas de intervención para alcanzar estos 4 objetivos sanitarios, cuya definición se realiza tomando en cuenta los determinantes sociales de la salud, en el entendido de que el individuo, y su salud son la expresión de él y el contexto que lo rodea. Estas áreas incluyen, por tanto, las condiciones en que viven las personas, los estilos que adoptan para vivirla, las principales situaciones en que se ve afectada su salud, y ciertos elementos que desde el sistema de salud deben estructurarse como soporte para dar respuesta a las anteriores (figura 3).

El marco estratégico establece además como componentes transversales el enfoque de equidad, la perspectiva de curso de vida, el modelo de salud integral y la intersectorialidad, lo que implica su transversalización en las distintas temáticas priorizadas, estableciendo una lógica de abordaje desde la cual las diferencias de resultados en salud entre individuos, poblaciones o colectivos son identificadas e intervenidas de conjunto en todos los niveles de planificación.

³⁹ Departamento Estrategia Nacional de Salud. Formulación Estrategia Nacional de Salud 2021: Metodología de trabajo. [Internet]. MINSAL; 2020 [citado 28 de julio de 2022]. Disponible en: <https://estrategia.minsal.cl/proceso-de-formulacion/>

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



Para la década 2021-2030, la estrategia coloca especial énfasis en trabajar equidad fortaleciendo su transversalización, en el entendido de que la salud y el bienestar de las personas no solo dependen de factores individuales, existiendo condiciones sociales subyacentes que los determinan, siendo necesario avanzar en la identificación e intervención de desigualdades particulares para ciertos grupos poblacionales, las que pueden estar asociadas al territorio, la condición socioeconómica, el género, la pertinencia cultural y étnica, y la interseccionalidad existente entre ellas.

Acorde con el fortalecimiento de la dimensión participativa establecida para el proceso de planificación que se instala para esta década, la estrategia promueve desde su formulación el involucramiento de los distintos actores de la organización, y la instalación de diversos escenarios para el desarrollo de una planificación sanitaria integral y multinivel, basada en el trabajo intra e intersectorial. Dado esto, en las distintas regiones se ha desarrollado un espacio de adecuación de las definiciones nacionales, cuya construcción enmarque a su vez los planes regionales y comunales, alineando de forma efectiva y eficiente el accionar del sector para responder a las necesidades sanitarias de la población, a partir de las particularidades que subyacen a las realidades de sus territorios⁴⁰

⁴⁰ Departamento Estrategia Nacional de Salud. Metodología Adecuación Regional OSD 2021-2030. MINSAL; 2022. Documento sin publicar.

Redes Integradas de Servicios de Salud basadas en Atención Primaria

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”⁴¹

Alma-Ata definió y reconoció el concepto de atención primaria de salud como una estrategia para mejorar la salud colectiva de los pueblos del mundo⁴². 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 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 de **redes integradas de servicios de salud (RISS)** en los países de la región, teniendo como norte el contar con sistemas de salud basados en la estrategia de atención primaria. 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”(3). 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.

Para hacer realidad las RISS se 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 (3)”.

⁴¹ 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>

⁴² 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

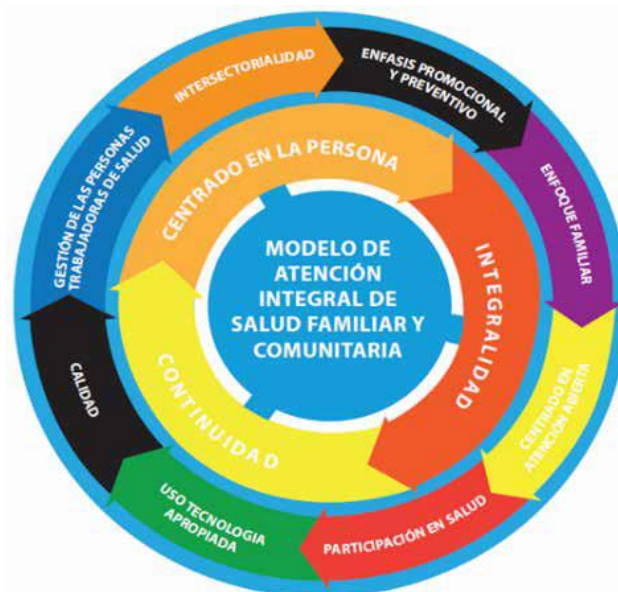
La atención de salud centrada en la persona es de calidad y segura, toma en cuenta la opinión de las personas y sus opciones para sobrellevar sus problemas de salud y es eficaz. La atención primaria de salud es el lugar en el que las personas plantean por primera vez sus inquietudes de salud, por lo 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 explícita⁷.

Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar y comunitario

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 “para 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 resolutive, 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.”⁴³

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permiten 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” (42).

Figura 4: Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Fuente: MINSAL 2013.



⁴³ Ministerio de Salud. 2013. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria

Principios del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: la operacionalización de los principios del Modelo se efectúa en el marco de un trabajo en red y en equipo. A continuación, se revisan su conceptualización y aplicabilidad.

Centrado en las personas: Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de los usuarios. El eje del proceso de atención está centrado en las personas, “en su integralidad física, mental, espiritual y social”. La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural (42).

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 (ECICEP) viene a complementar y materializar la consecución de los principios irrenunciables del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS).

Estrategia de Cuidado Integral Centrado en las Personas

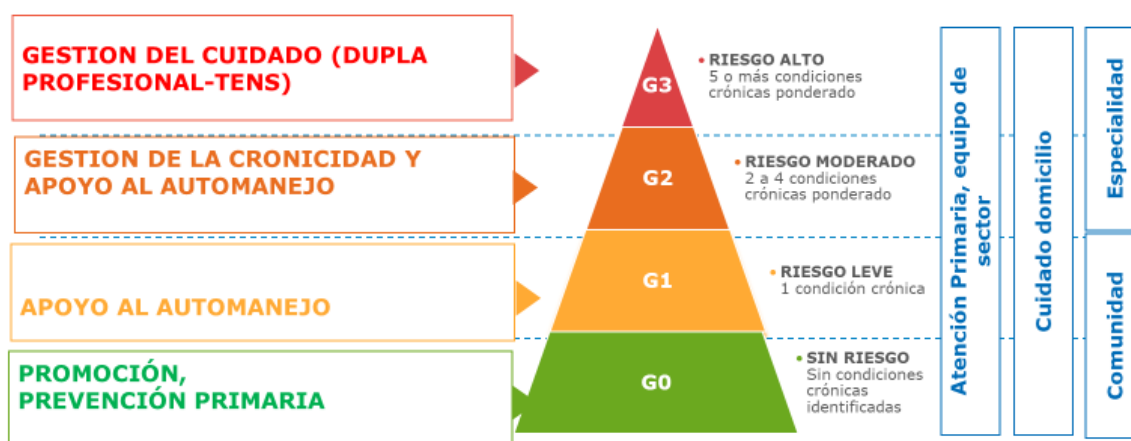
La ECICEP se enmarca en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria y brinda un marco de acción y condiciones para que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos y centrados en ellas, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. De esta forma se busca dar respuestas más adecuadas a las necesidades que genera el fenómeno de la cronicidad en las personas, sus cuidadores, el equipo de salud y la población en general.

La implementación y desarrollo de la estrategia de cuidado integral centrado en la persona requiere de cambios en los procesos de atención y gestión 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 equipo de salud y la persona en situación de cronicidad tiene valor propio que antecede al contenido de la atención. Asimismo, requiere 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.

En el propósito de contribuir a mayores niveles de equidad a través de la entrega de servicios con enfoque de equidad, la estrategia establece criterios de estratificación de la población, lo que permite organizar servicios y cuidados diferenciados según niveles de riesgo, 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.

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 figura 5).

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



La integralidad, como uno de los principios transversales del MAIS, promueve que las necesidades de las personas, en particular de aquellas con múltiples condiciones crónicas, discapacidades funcionales, y/o alta demanda médica; sean abordadas de manera conjunta y materializadas a través de planes de cuidados consensuados, integrales y continuos que permiten la coordinación de prestaciones de salud y hace parte a la familia y/o cuidadores del proceso de cuidado. En esta trayectoria, el control integral contribuye a dar cuenta del estado de avance del plan de cuidados consensuados y es una oportunidad para evaluar la necesidad de vincular con planes individuales colaborativos con miras al automanejo y al bienestar integral de la persona.

IV. ASPECTOS METODOLÓGICOS PARA LA PLANIFICACIÓN SANITARIA LOCAL Y EN RED

Proceso de Planificación Sanitaria

En la historia sanitaria de Chile, aparecen con claridad distintos hitos que han sido fruto de iniciativas y esfuerzos de múltiples actores en favor de mejorar las condiciones de vida y el nivel de salud de la población chilena. Sin lugar a dudas, uno de ellos ha sido la creación en 1952, del Servicio Nacional de Salud (SNS), a través de la Ley Nº 10.383, que afirmaba el rol de un Estado garante de la salud pública. En su primer boletín, en octubre de 1955, se expresaba la necesidad de “...una conciencia colectiva, un nuevo modo de pensar para poner en práctica igual doctrina en cada una de las acciones y responder a las responsabilidades que tiene la institución para el progreso del país”⁴⁴.

Otro hito relevante, tuvo lugar en el 2004 con la Reforma de Salud, mediante la Ley 19.937, en la cual se establece como una de las funciones del Ministerio de Salud la definición de Objetivos Sanitarios Nacionales, reflejándose en ellos las prioridades que el Estado debe enfrentar para mejorar las condiciones e inequidades en salud. Actualmente, los Objetivos Sanitarios definidos al 2030⁴⁵ considera lineamientos provenientes de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas⁴⁶, adoptando principios rectores como asegurar los derechos en salud, alcanzar la cobertura universal y reducir las inequidades en salud.

A nivel nacional, en tanto, los Objetivos Sanitarios se materializan en la Estrategia Nacional de Salud, la cual contiene las prioridades en salud, la que posee un correlato en los Planes Regionales de Salud, los que a su vez deben servir de marco de referencia a los planes de salud comunales. (figura 7).

Parte esencial para que los procesos de planificación se desarrollen virtuosamente, es la comunicación y coordinación entre los diversos actores involucrados, por este motivo la formulación y posterior evaluación de los planes de salud comunales requiere un efectivo desempeño de las **funciones de la autoridad sanitaria y la dirección del servicio de salud**. Según el Artículo 33 del Decreto 136 de 2004, Reglamento del Ministerio de Salud, se establecen las funciones de la **Secretaría regional ministerial de salud**, en el cual se detallan los siguientes incisos:

1. Velar por el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas de carácter nacional que se impartan por el Ministerio de Salud, adecuando los planes y programas nacionales, cuando corresponda, a la realidad regional.

2. Elaborar y ejecutar políticas, planes y proyectos de desarrollo regional relacionados con el área de salud, que estén enmarcados en los lineamientos estratégicos del sector o en el **Plan nacional de salud**, coordinando su ejecución con los organismos del sector radicados en la

⁴⁴ Chile. SNS. Boletín N°1 Servicio Nacional de Salud. 1955; Available from: <http://www.bibliotecaminsal.cl/boletin-servicio-nacional-de-salud/>

⁴⁵ Chile. Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2030 [Internet]. Santiago, Chile: MINSAL; 2022. 196 p. Available from: <http://estrategia.minsal.cl/wp-content/uploads/2022/03/Estrategia-Nacional-de-Salud-al-2030.pdf>

⁴⁶ Naciones Unidas. Objetivos y metas de desarrollo sostenible [Internet]. ONU. 2015 [cited 2021 Jun 26]. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>

región, así como participar con el gobernador regional en el Plan de Desarrollo Regional correspondiente.

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



3. Informar permanentemente al gobierno regional y a las Subsecretarías de Salud Pública y de Redes Asistenciales, en su caso, el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas a que se refieren los literales anteriores, por parte de sus dependencias y de los organismos radicados en la región en cuanto correspondiere, ejerciendo a su respecto una adecuada coordinación y supervisión.

6. Mantener actualizado el diagnóstico epidemiológico de la región y realizar la vigilancia permanente del impacto de las estrategias diseñadas y de las acciones realizadas por los organismos del sector salud de su territorio de competencia.

Junto a lo ya descrito, el Artículo 7 del Decreto 140 de 2004, **Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, que viene a reforzar lo referido en el artículo 18 del DFL 1 del 2005**, señala que: “Al Director le corresponderá la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.” Lo anterior implica también a los establecimientos de atención primaria aún cuando su administración dependa de los municipios en la modalidad de departamentos de salud o corporaciones privadas sin fines de lucro que son presididas por los alcaldes o alcaldesas respectivas.

Ciclo de gestión integral

Los sistemas de salud son entidades complejas en las que coexisten múltiples actores distribuidos en distintos niveles y con diferentes funciones que buscan entregar soluciones a las diversas necesidades de la población. De esta manera, y ante escenarios en que los recursos suelen ser insuficientes, se hace indispensable la instalación de procesos de planificación sanitaria que permitan

la coordinación de esfuerzos, la eficiencia en el gasto y la efectividad de las intervenciones, cubriendo tanto lo urgente como lo necesario⁴⁷.

Planificar es decidir en el presente lo que se hará en el futuro, para lo cual considera la selección de misiones y objetivos y las acciones para lograrlos, involucrando la toma de decisiones dada la selección de cursos futuros de acción entre varias opciones. La planificación sanitaria suele darse en cada uno de los distintos niveles del sector, e involucra el desarrollo de una dimensión estratégica, una operativa y una participativa. Es además un proceso cíclico y no lineal, lo que facilita una retroalimentación continua y, por ende, la oportuna realización de ajustes⁴⁸.

Desde la perspectiva de salud, la planificación estratégica es por tanto el proceso en el que se determinan los objetivos y la dirección general de atención sanitaria, y el desarrollo del marco general y principios, los cuales requieren de un acuerdo entre las distintas partes interesadas⁴⁹. Por otro lado, la planificación operativa, es la traducción de los objetivos estratégicos en una secuencia de actividades concretas lo que implica la asignación de presupuestos y recursos, la disposición de instalaciones, equipo y personal y la organización de servicios⁵⁰.

Así mismo, el carácter participativo en la planificación sanitaria emerge desde una redefinición de la gobernabilidad y su evolución hacia un conjunto formado por gobierno y toda la sociedad, en donde la mejora de la salud y el bienestar involucra tanto a la autoridad sanitaria como a todos los sectores e interesados, beneficiarios y proveedores. La planificación sanitaria puede realizarse de arriba-abajo (Top down), de abajo-arriba (Botton up) o de forma mixta. En el primer caso, las definiciones y la orientación para todo el proceso de planificación están predeterminadas por el nivel central, mientras en el segundo, el nivel central actúa para apoyar las distintas entidades en donde la planificación operativa tendrá lugar. Sin embargo, los aportes de las unidades operativas son el principal punto de partida para la planificación a nivel central. Por otro lado, en el tercer caso, existe una combinación de las formas de planificación mencionadas, y la autoridad central desempeña un rol en la dirección y orientación a los diferentes organismos del sistema para asegurar una articulación total dentro de un plan nacional⁵¹.

Si bien existen diversas formas de planificar, el modelo de gestión basada en resultados (GBR) destaca como la herramienta más utilizada en la planificación sanitaria de países en los últimos años, y por organizaciones de administración pública en todo el mundo. Esta, se define como una estrategia general de gestión con la cual se pretende lograr el mejor desempeño y resultados demostrables⁵².

⁴⁷ Toro-Palacio LF, Ochoa-Jaramillo FL. Salud: un sistema complejo adaptativo. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2012 Feb [cited 2022 Aug 12];31(2):161–5. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892012000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

⁴⁸ Abad J. Planificación Sanitaria [Internet]. Mexico; 2011. Available from: <https://xdoc.mx/documents/ob4-planificacion-evaluacion-y-gestion-sanitaria-5c2fbd402441>

⁴⁹ Armijo M. Planificación estratégica e indicadores de desempeño en el sector público [Internet]. Santiago: CEPAL; 2011 [cited 2022 Aug 12]. Available from: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/5509>

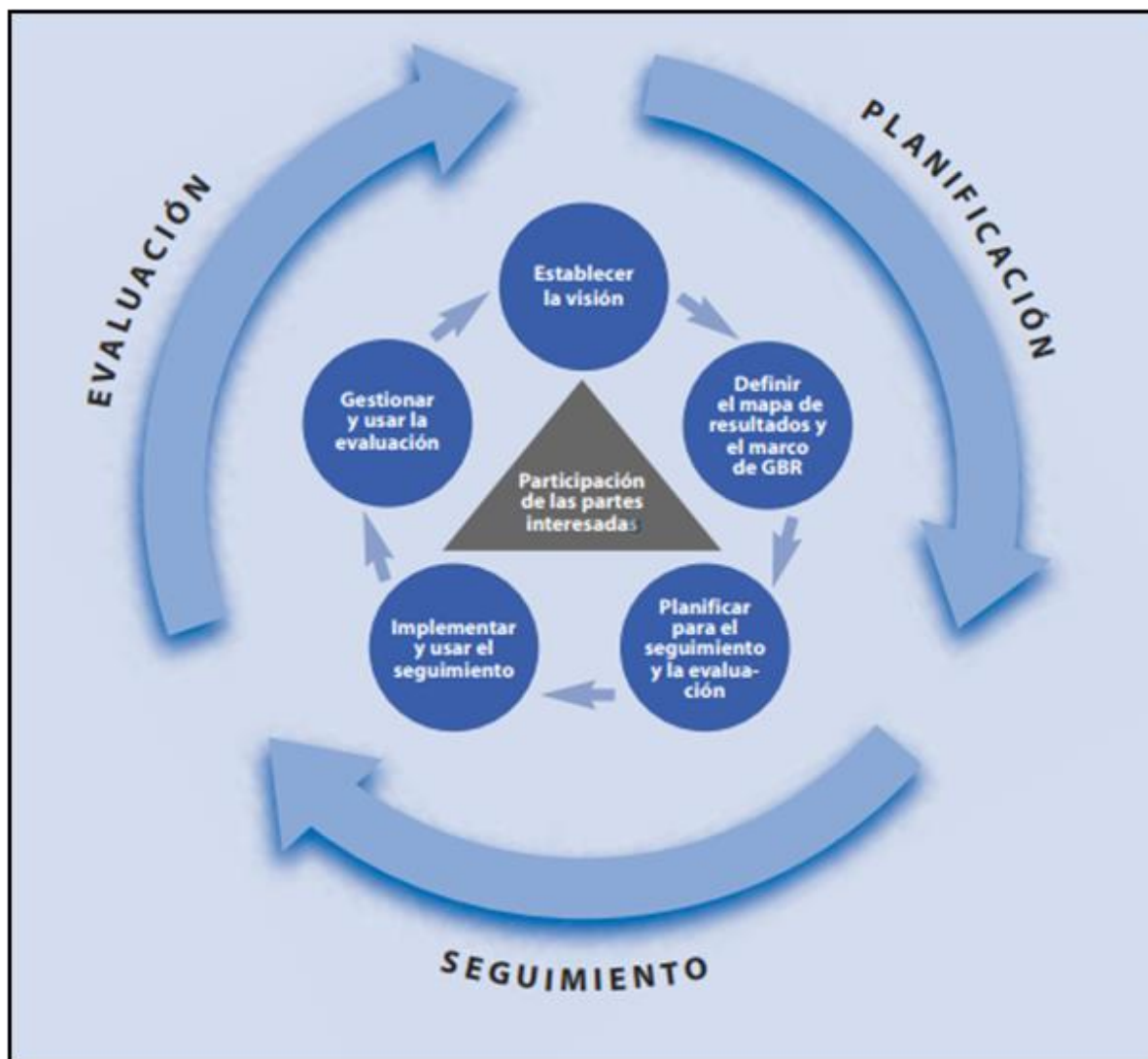
⁵⁰ Europe WHORO for, Policies EO on HS and, Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N, et al. Capacity planning in health care: a review of the international experience [Internet]. Copenhagen PP - Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2008. (Policy brief, 13). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107883>

⁵¹ Europe WHORO for, Policies EO on HS and, Ettelt S, Nolte E, Thomson S, Mays N, et al. Capacity planning in health care: a review of the international experience [Internet]. Copenhagen PP - Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2008. (Policy brief, 13). Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107883>

⁵² PNUD. Manual de Planificación, seguimiento y evaluación de los resultados en el Desarrollo [Internet]. New York, NY: Edit A.K.Office Supplies; 2009. Available from: https://procurement-notices.undp.org/view_file.cfm?doc_id=134774

La gestión basada en resultados es un proceso continuo de **hacer, aprender y mejorar**, que se expresa en el denominado enfoque de ciclo de vida de la GRB y que incluye elementos de planificación, seguimiento y evaluación (figura 8). De esta manera, se traduce en un proceso continuo caracterizado por retroalimentación, aprendizajes y mejoras constantes.

Figura 8. Enfoque ciclo de vida de la GRB. Tomado de PNUD (2009). Manual de Planificación, seguimiento y evaluación de los resultados en el Desarrollo



Como se mencionó previamente, el sector sanitario chileno cuenta desde dos décadas atrás con la definición de **objetivos sanitarios nacionales**, siendo la **Estrategia Nacional de Salud**, su principal recurso orientador bajo el cual declara sus aspiraciones y aborda las necesidades en salud de la población, ordenando y articulando a los distintos organismos en su quehacer. Esta considera una priorización sanitaria y define líneas de abordaje en base a una serie de logros definidos colectivamente y que se espera alcanzar en distintos niveles programáticos de forma agregada: central, regional y comunal.

Desde la década 2011-2020, el Plan Nacional de Salud es adaptado bajo el modelo de la gestión basada en resultados, lo que determina que la planificación del sector cuente con una lógica causal, siendo además integrativa, multidimensional y multinivel, en donde todos los actores de los distintos

niveles del sector planifican de forma tal, que garantizan que sus procesos, productos y servicios contribuyen al logro de estos resultados.

Etapas de la planificación

Aunque hay distintas variantes, en general se reconoce que toda planificación, sin discriminar si es un plan, programa o proyecto, se da a través de componentes secuenciales, estableciendo un proceso cíclico. De esta manera, el **ciclo de planificación** contempla el desarrollo de cuatro fases principales o centrales: la identificación, diseño y formulación, ejecución y seguimiento, así como la evaluación⁵³ (Figura 9).

Figura 9: Etapas de planificación. Fuente: elaboración propia, MINSAL)



Por un lado, la **identificación**, involucra particularmente el desarrollo de un diagnóstico que, considerando la participación de los distintos actores, permite el reconocimiento y la selección de los problemas, y la definición de los objetivos y las alternativas o caminos a seguir para lograr estos últimos. Por otro lado, en el **diseño o formulación** se desarrolla la matriz de planificación, se programan las actividades, los recursos, se analizan los factores de viabilidad y se redacta el documento del plan o proyecto.

En la **ejecución y el seguimiento**, es donde se desarrolla el plan de acción y todas y cada una de las actividades planificadas en la fase anterior, y se elaboran los informes de seguimiento periódicos, de utilidad, para la **fase de evaluación**, donde se constata el impacto de las acciones realizadas y se generan los espacios de mejora continua.

⁵³ Acosta García A. Taller de Formulación de Proyectos Sociales Con la Metodología del Marco Lógico [Internet]. Venezuela: Ministerio de Sanidad Social; 2018. 71 p. Available from: https://www.solucionesong.org/img/foros/4e418bed80d9f/Manual_de_Formulacin_de_Proyectos_Sociales_m.pdf

Con todo lo anteriormente descrito, el ejercicio de planificar, de contribuir a la salud y bienestar es un llamado a mirar las necesidades de la población y actuar sobre ellas, lo que claramente requiere el trabajo y coordinación de una gran diversidad de actores, considerando el esfuerzo colectivo que involucra.

Plan de Salud Comunal

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

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

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

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

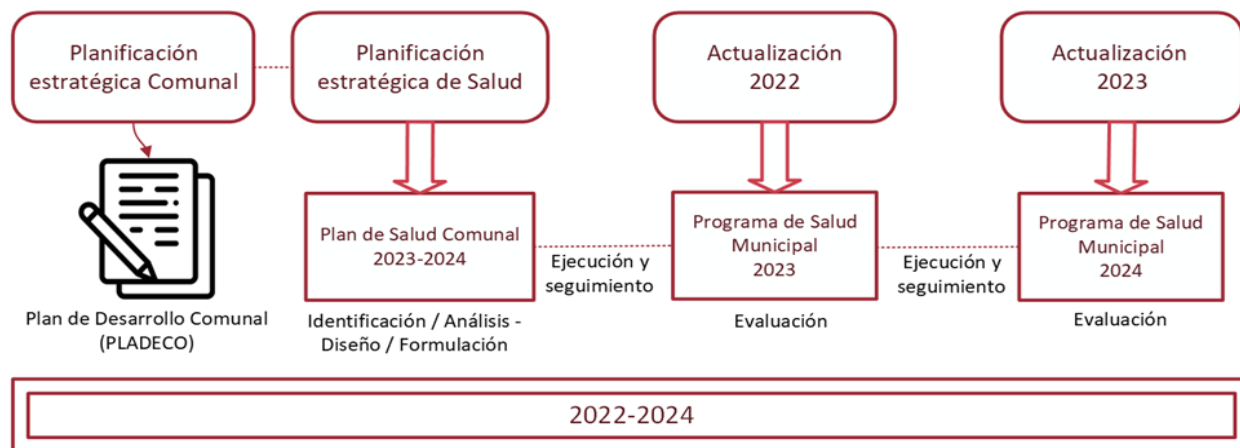
Se espera que las etapas 1 y 2 estén contenidas en el PSC 2023-2024. En el transcurso de 2023 se deben ejecutar las acciones contenidas en el plan y darles seguimiento, y en el segundo semestre del mismo año se debe realizar la evaluación y actualización del plan e incluirla en el PSM 2023 (ver figura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

⁵⁴ Ministerio de Salud, Chile. Ley 19.378 establece estatuto de Atención Primaria de Salud municipal [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional; 1995 [citado 27 de julio de 2022]. Disponible en: <http://bcn.cl/2uclz>

⁵⁵ 1. Ministerio de Salud, Chile. Decreto 2296 Aprueba Reglamento General De La Ley N° 19.378 [Internet]. Biblioteca del Congreso Nacional; 1995 [citado 12 de agosto de 2022]. Disponible en: <http://bcn.cl/2ewi1>

El PSC debe ser un documento asequible, breve, orientado a la acción y que permita efectuar el ciclo de planificación para el periodo 2023-2024. Al mismo tiempo, debe permitir la monitorización de los avances en la gestión comunal durante los años siguientes. Es preferible un documento más breve que cumpla los objetivos descritos, que un texto extenso y fragmentado.

Figura 10. Planificación para el periodo 2023-2024 (Fuente: Elaboración propia MINSAL)



Componentes del PSC 2023-2024

1. Política Comunal de Salud:

1.1 Objetivos institucionales (OI)

- Deben ser compartidos por toda la red de atención primaria comunal y reflejar los objetivos a mediano plazo de la gestión en salud. Deben estar alineados con las orientaciones técnicas del MINSAL, servicios de salud y los intereses locales de gestión a nivel comunal.
- Se sugiere realizar **una jornada de planificación a nivel comunal**, con participación de actores estratégicos en salud que representen a los equipos gestores, a la comunidad y a los funcionarios y funcionarias, entre otros. En ella deben revisarse las normas técnicas y programáticas de MINSAL, de los servicios de salud y las prioridades programáticas en salud contenidas en el PLADECO. en esa jornada podría participar uno o más representantes del servicio de salud respectivo.
- Los OI deben recoger los propósitos más relevantes para la gestión en el periodo 2023-2024: deben ser lo suficientemente amplios como para recoger un ámbito extenso de la gestión sanitaria y, al mismo tiempo, poder traducirse en procesos realistas y capaces de llevarse a cabo a nivel comunal en el mediano plazo. **No deben ser más de 3 OI para cada comuna** (figura 11).

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



2. Diagnóstico de Salud Integrado (DSI)

Debe sintetizar y estimar la brecha entre las necesidades de salud de la comuna y los recursos con los que se cuenta para satisfacerlas. Para ello realiza una contextualización, un diagnóstico de necesidades en salud y un diagnóstico de recursos en salud, para así estimar una determinación de Brecha Sanitaria y de esta manera establecer la Brecha Asistencial existente para la comuna.

2.1 Contextualización:

Se espera que las Entidades Administradoras de Salud Municipal introduzcan su PSC con una aproximación territorial y demográfica de su comuna, incorporando un enfoque de Determinantes Sociales de Salud, así como presentar el Modelo de Gestión y el Modelo de Atención implementado en su red de salud local.

2.2 Diagnóstico de Necesidades en Salud (DNS)

El DNS incluye el diagnóstico epidemiológico y participativo. Es función de los equipos gestores de la comuna la construcción de puentes entre ambos. No es conveniente presentarlos separadamente sin realizar una lectura global de los hallazgos.

El **diagnóstico epidemiológico** debe considerar indicadores sanitarios relevantes, y así reflejar la realidad demográfica, social y sanitaria de la comuna. Junto con ello, debe considerar el impacto de los determinantes sociales en la salud de las personas y comunidades. **En ningún caso debe estar basado exclusivamente en indicadores de producción**, ya que estos son resultados intermedios de la gestión de la red asistencial.

Dentro de los componentes de este diagnóstico epidemiológico, debe contener:

- Estadísticas Vitales: natalidad, mortalidad general, mortalidad infantil, mortalidad materna y mortalidad específica por grandes causas
- Presencia de factores de riesgo: tabaquismo y consumo de alimentos y nutrientes perjudiciales, sobrepeso y obesidad, sedentarismo, entre otros
- Incidencia de enfermedades agudas de relevancia sanitaria
- Prevalencia puntual e incidencia de enfermedades crónicas transmisibles
- Prevalencia puntual e incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles y otras condiciones de discapacidad
- Carga de enfermedad

Los indicadores antes mencionados pueden provenir de múltiples fuentes de información, tales como encuestas poblacionales (como la Encuesta Nacional de Salud, la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia, entre otros), literatura nacional (para aproximarse a las incidencias y prevalencias puntuales de enfermedades de interés epidemiológico), diagnósticos sanitarios locales levantados por organizaciones locales de salud (como el desarrollado en el marco de Rediseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud, implementado entre los años 2021 y 2022 por cada Servicio de Salud) y registros clínicos (que permiten conocer estadísticas locales y población bajo control en diversos programas de salud). Se debe tener en cuenta que la confiabilidad y correlato con la realidad local de cada una de estas fuentes dependerá de su alcance territorial: en el caso de las estadísticas nacionales, resulta necesaria una aproximación local (pudiendo sobreestimar o subestimar los indicadores de salud), en tanto las fuentes de origen local, habitualmente, presentan una baja captura por menor cobertura de la necesaria (en cuyo caso siempre tienden a la subestimación).

Se espera que estos indicadores consideren una apreciación de la magnitud de los problemas de salud representados: en concreto, deben señalar si la tasa, incidencia o prevalencia de un indicador específico es mayor o menor que la del país, de la región o del Servicio de Salud (estimadores que se obtienen de las mismas fuentes antes señaladas)

El diagnóstico participativo debe relacionar los objetivos institucionales, las preocupaciones de la comunidad y las necesidades sanitarias del territorio. Este diagnóstico puede estructurarse desde los diagnósticos participativos que periódicamente desarrolla cada uno de los Centros de Salud de la comuna, aspirando a una síntesis de nivel comunal que incorpore las principales necesidades de salud expresadas por las comunidades, para así facilitar la priorización de problemas de salud a abordar por los gestores locales, además de representar aquellas necesidades que no son posibles de captar por parte de los equipos de salud en su desempeño habitual. Para mayor orientación, los equipos gestores pueden recurrir a los documentos técnicos del MINSAL y de los Servicios de Salud en este ámbito.

2.3 Diagnóstico de Recursos en Salud (DRS)

Debe considerar los recursos contenidos en los centros de salud, en la comuna y el Inter sector y las redes asistenciales de los niveles secundario y terciario.

A nivel de los centros de salud de nivel primario, se debe considerar la fuerza de trabajo en salud (también conocida como dotación) y los recursos físicos y tecnológicos disponibles en los establecimientos. La fuerza de trabajo debe considerar la dotación establecida por estamentos, experiencia y capacitación. Los recursos físicos deben incluir los espacios de atención clínica, los espacios comunitarios y operativos. Los recursos tecnológicos incluyen equipamiento y tecnologías de la información, así como la disponibilidad y uso del registro clínico electrónico.

A nivel comunal, además de los centros de salud del nivel primario, debe contemplar los recursos en salud organizados en otros dispositivos de dependencia de las Entidades Administradoras de Salud Municipal, tales como Centros de Especialidades, Centros de Salud Mental, Centros Diagnósticos y Terapéuticos (tales como los Centros Comunitarios de Rehabilitación), Centros de Resolutividad (como las Unidades de Atención Primaria Oftalmológica y Otorrinolaringológicas) entre otros. A su vez, y siempre que sea posible, debe integrar los recursos de salud de nivel primario o secundario que no son de administración municipal, pero que tributan en exclusivo a la población a cargo de la comuna (establecimientos de administración delegada principalmente).

Respecto de los recursos de salud del Inter sector, se debe contemplar los servicios de salud provistos por comunidades organizadas, organizaciones no gubernamentales, otros servicios públicos (como los de la Junta Nacional de Auxilio y Becas - JUNAEB) y de operativos comunitarios externos cuando estos sean de implementación periódica.

Finalmente, con la intención de avanzar a una comprensión integrada de las redes de salud del territorio, se espera que los Planes de Salud Comunal hagan mención a los recursos disponibles en establecimientos públicos de salud de nivel secundario y terciario de administración de los Servicio de Salud o entidades delegadas, y que tributen de manera **no exclusiva** a la población de cada comuna en particular, haciendo énfasis en los elementos y recursos de coordinación asistencial dispuestos por la Entidad Administradora de Salud Municipal para la adecuada vinculación entre su red local y la red de salud intercomunal correspondiente.

2.4 Brecha Sanitaria y Asistencial (figura 12)

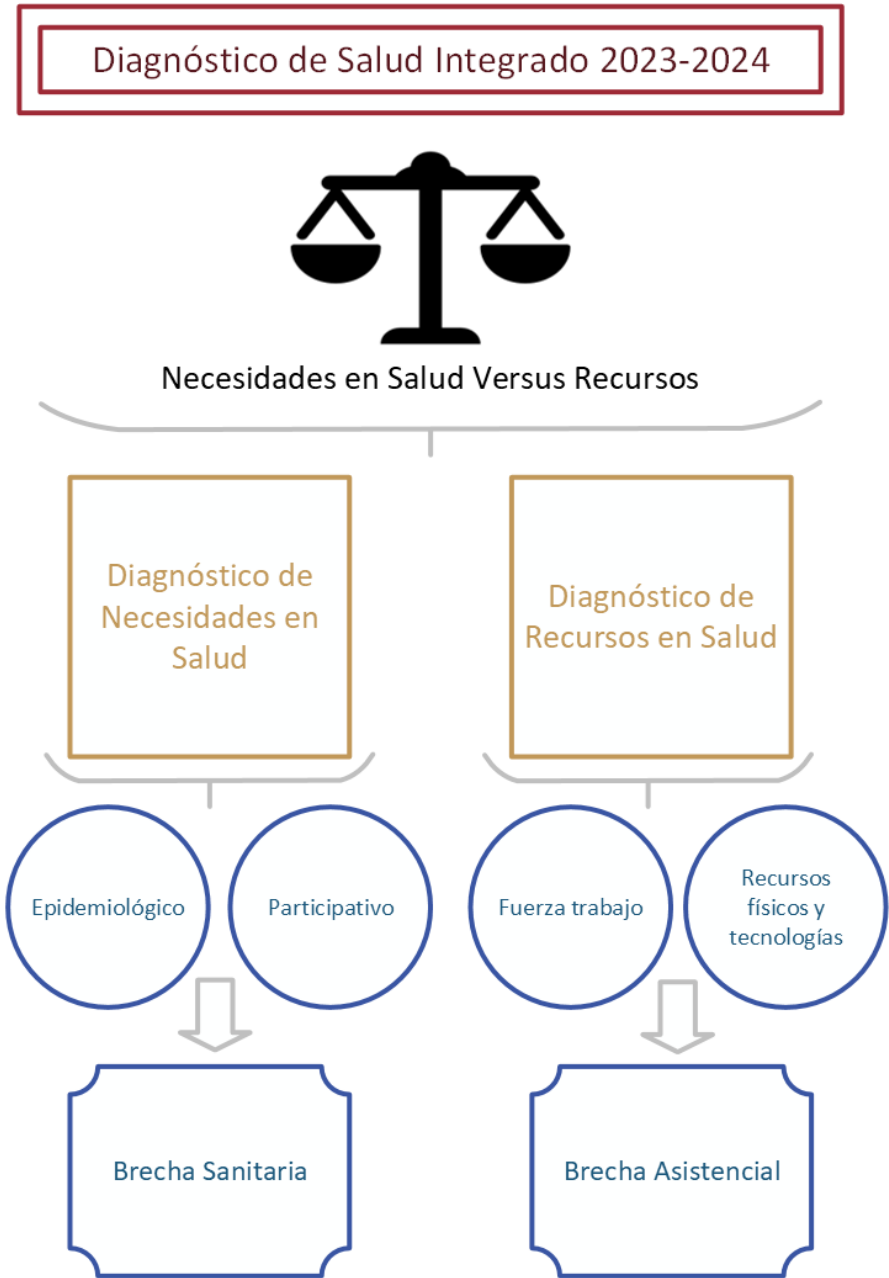
La Brecha Sanitaria debe evidenciar la distancia entre los estándares de salud que la comuna desea lograr y la realidad sanitaria actual. Para ello utiliza el DNS y los estándares fijados localmente o por la autoridad sanitaria.

La Brecha Asistencial corresponde a la diferencia entre los recursos en salud disponibles (modulado por el modelo de gestión y el modelo de gestión actualmente implementado), y los recursos en salud necesarios para responder a la brecha sanitaria antes detectada (considerando una gestión optimizada y adecuaciones al modelo de atención imperante). Para estimar la brecha

asistencial se debe utilizar el DRS y los recursos adicionales que se requerirían para abordar la brecha sanitaria.

La estimación de la Brecha Sanitaria facilita a los gestores locales la definición de los problemas sanitarios a resolver y la priorización de estos, en tanto que la estimación de la Brecha Asistencial les faculta para detectar que recursos es necesario reformular y/o adquirir, así como el modo en que se deben disponer estos recursos para cubrir las necesidades de salud insatisfechas detectadas en la Brecha Sanitaria.

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



3. Evaluación del periodo anterior

En esta etapa debiera contemplarse el cumplimiento de las metas asignadas en el PSM del año anterior. Sin embargo, como se está realizando una planificación estratégica para el periodo alcaldicio, se sugiere realizar una comparación entre los objetivos, acciones y resultados sanitarios fijados en el periodo previo (2022) y la nueva política comunal de salud que se espera alcanzar en el periodo 2022-2024, así como una breve justificación de sus cambios.

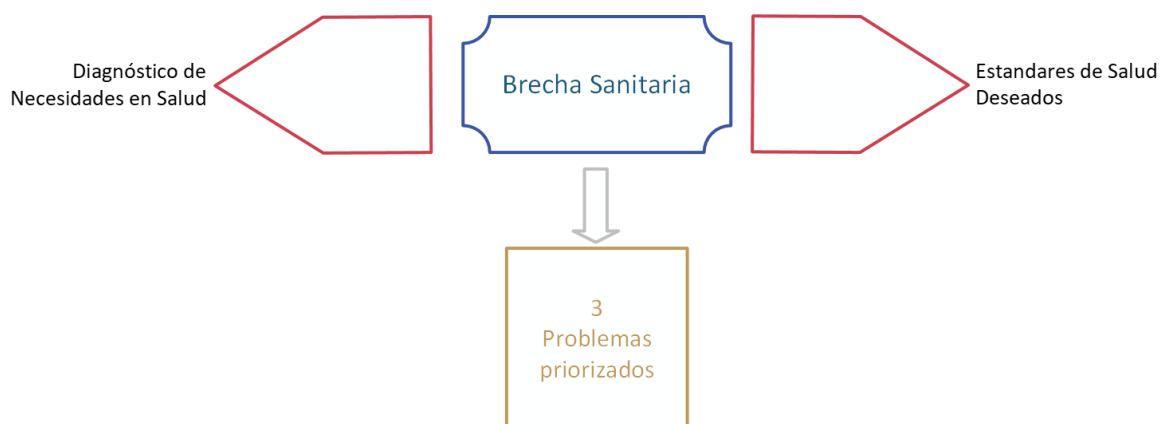
4. Priorización

En esta etapa debieran priorizarse los principales problemas sanitarios de la comuna que orienten a la gestión local durante el periodo. Debe incluir una evaluación del escenario sanitario más probable para la comuna, tomando en consideración los Objetivos Sanitarios de la Década 2021-2030 y los ejes estratégicos de la Estrategia Nacional de Salud con sus objetivos de impacto, los antecedentes de la política comunal en salud con sus objetivos institucionales y el diagnóstico de salud integrado.

La estimación de la brecha sanitaria, incluida en el DSI, debe ser la guía que facilite la priorización de los principales problemas que se deben resolver y su importancia relativa en el panorama general de la salud comunal (ver figura 13).

Los problemas identificados no deben ser más de 7: deben ser lo suficientemente amplios como para recoger problemáticas abarcadoras de la realidad local y, al mismo tiempo, ser capaces de traducirse en indicadores concretos, medibles y realizables para el periodo.

Figura 13. Brecha sanitaria para la identificación de los principales problemas. Fuente: elaboración propia MINSAL).



5. Acciones sanitarias priorizadas, indicadores y metas de monitoreo

Las acciones sanitarias deben estar debidamente justificadas, es decir, deben ser capaces de ligar el problema de salud priorizado con su solución. Cada problema debe tener entre 2 y 3 acciones priorizadas para su abordaje. Las acciones pueden incluir elementos de vigilancia epidemiológica y de promoción, prevención, curación y rehabilitación a lo largo del ciclo vital. Es decir, las acciones no deben estar restringidas a un programa de salud específico de la atención primaria, sino que debe ser capaz de incluir coordinaciones de todo el sector salud y del intersector.

La estimación de la brecha asistencial, incluida en el DSI, debe ser la guía que facilite la priorización de las principales acciones que se deben ejecutar y cómo ellas deben ser implementadas (Ver figura 14)

Los indicadores deben recoger elementos de proceso y de resultado; es decir, deben implicar mediciones de cumplimiento de las acciones realizadas y un indicador que refleje el resultado que se pretende lograr en el periodo. Al mismo tiempo, para cada indicador se debe reflejar una meta esperada para el año 2023 y 2024. No debe existir más de 2 indicadores por cada acción sanitaria, uno debe ser de proceso y otro de resultado. Debe existir una meta para cada indicador para el año 2023 y 2024. Para la formulación de los indicadores, resulta de utilidad la Matriz de Cuidados por curso de vida, y que se asocia a estas Orientaciones.

El PSC debe considerar en esta sección el plan de capacitación del personal para el periodo 2023-2024, y sus principales lineamientos deben estar en sintonía con las etapas de diagnóstico, evaluación y priorización de problemas de salud.

Figura 14. Brecha asistencial para la identificación de las principales acciones (Fuente: elaboración propia MINSAL).

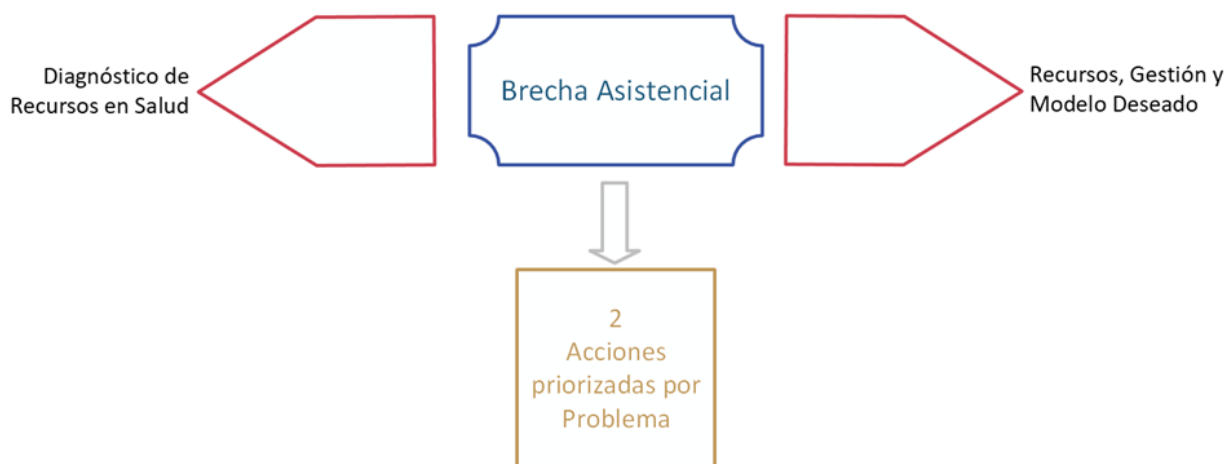
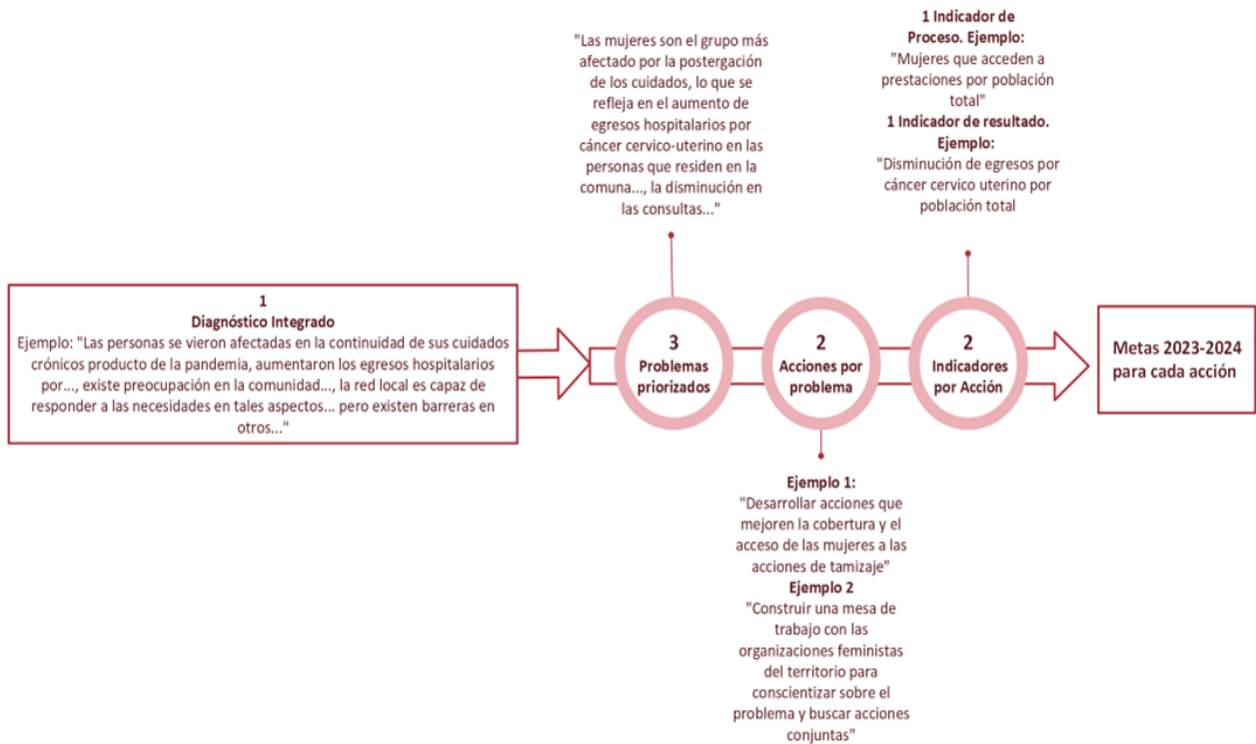


Figura 15. Ejemplo de etapas y Procesos desde la elaboración del Diagnóstico de Salud Integrado y sus derivados (Fuente: elaboración propia MINSAL).



Plan de Salud en Red

En el marco de la Planificación en Red, los Servicios de Salud, en tanto gestores de la Red Asistencial, deberán formular un Plan de Salud en Red plurianual, que considere como insumo base los Planes de Salud Comunal de su territorio. Los énfasis y priorizaciones sanitarias y asistenciales expresadas en los Planes de Salud Comunal, deberán ser correlacionados e integrados por sus Servicios de Salud, dándole una coherencia global respecto a los datos obtenidos desde sus propios análisis sociodemográficos, epidemiológicos y de recursos asistenciales disponibles (por ejemplo, desde sus Diseños de Red), así como también deberán ser coherentes y complementarios con los diagnósticos y análisis sanitarios realizados por las SEREMI de Salud de su Región. El Plan de Salud en Red, además de los anteriores componentes, fuertemente ligados a las necesidades y recursos locales, deberán estar alineados con los Objetivos Sanitarios de la Estrategia Nacional de Salud 2021-2030 y dar cuenta de los énfasis del Plan de Gobierno 2022-2026.

El proceso de construcción del Plan de Salud en Red, iniciaría entonces de “abajo hacia arriba”, a través de una evaluación comprensiva sobre los Planes de Salud Comunal por parte de un equipo del Servicio de Salud designado para tal efecto, siendo una instancia que se espera promueva el diálogo y retroalimentación entre el gestor de la red y las Entidades Administradoras de Salud Municipal.

Una vez validados los Planes de Salud Comunal, el gestor de red deberá conformar internamente una comisión para la construcción de su Plan de Salud en Red, instancia donde deben participar actores claves del Servicio de Salud, como mínimo con la presencia del Subdirector(a) de Gestión Asistencial, del Director(a) de Atención Primaria, y los equipos de evaluación de los Planes de Salud Comunal y de Diseño de la Red. Esta comisión será la encargada de integrar de forma coherente los distintos insumos, elaborando un Plan de Salud en Red que deberá, además, proyectar herramientas y mecanismos para asegurar la continuidad de la atención en los distintos niveles y su debida coordinación.

El Plan de Salud en Red, finalmente, tiene real sentido si logra establecer estrategias y ejes comunes de avance para los distintos niveles asistenciales y de gestión de sus territorios. Por ello, es necesario que durante su construcción sean expuestos sus avances y sea validado en su versión final, por el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), cuyos comentarios también son importantes insumos para su elaboración.

Se espera que los distintos elementos y etapas de la formulación de este Plan de Salud en Red sean evaluados en los Compromisos de Gestión de los Servicios de Salud, de manera de relevar esta atribución del Director del Servicio de Salud en la evaluación de su desempeño como gestor de red.

V. ASPECTOS TEÓRICOS Y PRÁCTICOS DE LA PROGRAMACIÓN ASISTENCIAL Y OPERATIVA LOCAL Y EN RED

Bases Teóricas de la Programación Asistencial

Para que la planificación sanitaria establecida por los gestores asistenciales se lleve a la práctica y se ejecuten las acciones de salud que pretenden responder a las necesidades de salud de la población en cada uno de los establecimientos de su dependencia, debe confluir un proceso más: la Programación.

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

Proceso programático de la atención primaria

Para que la planificación se lleve a la práctica y se ejecute en el contexto local y en el contexto de una red asistencial, debe confluir un proceso más: la programación operativa. La programación operativa es un instrumento que debe sistematizar los aspectos concretos y medibles relacionados con las actividades que se espera generar en el transcurso de un año. Es importante señalar que la dotación de atención primaria debe considerar los recursos que se requieren para el cumplimiento del plan, más allá de que en la actualidad no se encuentren todos los cargos provistos.

Se espera que la programación en atención primaria se incorpore como una herramienta para equipos gestores, de cabecera, directivos de establecimientos y de nivel comunal. Para los equipos técnicos, se espera que el proceso programático y los resultados que se generen de éste les permita identificar oportunidades de mejora en su estructura, producción de actividades y construcción de agendas. A nivel de directivos, la programación permite identificar y abordar el cierre de brechas de la fuerza laboral en salud y los procesos de gestión necesarios para mejorar la salud de la población.

Los productos de la programación son los siguientes:

a. Estimación de cuidados primarios:

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

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 de técnico-profesional para cuidados primarios.

Matriz de programación en atención primaria

La programación operativa se expresa en una matriz de programación, la cual que ser en formato Excel o web, dependiendo de la estrategia propia de cada municipio o servicio de salud. El marco conceptual del proceso lo entrega el Modelo de Atención Integral de salud familiar y comunitario y, para realizar esta actividad, el equipo debe conocer a su población a cargo, sectorizada y bajo control con sus datos demográficos y epidemiológicos.

Es necesario definir las actividades que se realizarán, las cuales son parte de la cartera de servicios de la atención primaria. Los datos se presentarán en una planilla programática, que es el instrumento de programación operativa que contiene esta cartera de prestaciones, 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 lo que 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 para una misma persona.
- **Instrumento:** profesional o técnico que ejecuta las actividades.
- **Rendimiento:** número de actividades de un mismo tipo que se realizan en una hora cronológica.

Los estándares de concentración, rendimiento y cobertura tradicionalmente están definidos en documentos nacionales (normas, orientaciones técnicas, guías clínicas u otras) 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. 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.

Desarrollo de la programación operativa

Se considerará para este proceso 52 semanas anuales iniciales, a las cuales debemos descontar los días inhábiles del año a programar según los siguientes criterios:

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

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

Dejando un total de 220 días a programar

A estos descuentos generales se le deben realizar los descuentos individuales correspondientes a cada profesional, por los conceptos de feriados legales, permisos administrativos según Ley y días de capacitación, según orientaciones técnicas o normativas del Servicio de Salud:

Los descuentos por concepto de feriado legal se determinan por la antigüedad funcionaria:

Antigüedad funcionario	Días de feriado
Menos de 15 años	15 días hábiles
De 15 a 20 años	20 días hábiles
Más de 20 años	25 días hábiles

Los permisos administrativos dependen del marco jurídico por el cual la persona es contratada:

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

Los días de capacitación también dependen del marco jurídico por el cual la persona es contratada:

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

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 inscrita validada de la comuna, la situación epidemiológica, al diagnóstico de situación de salud, diagnóstico participativo, a la asignación de prioridades a los problemas detectados, al escenario más probable en el período 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 siguientes⁵⁶:

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 explícitas en salud asociadas a Programas
3. Actividades generales asociadas a todos los cursos de vida y actividades asociadas a programas de salud.

Las actividades 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, coordinación y complementariedad con el Plan trienal de promoción de la salud.
- **Intersectorialidad:** mesas territoriales intersectoriales, Comisiones Mixtas Educación- Salud, formación de líderes y gestores sociales, generación de instancias de coordinación intersectorial. Trabajo de asesoría al concejo municipal para la implementación de ordenanzas, decretos o reglamentos que promuevan la vida saludable en la comuna, a través de entornos promotores de la salud.
- **Comunicación social para la salud:** actos comunitarios como ferias de salud, eventos masivos, uso de redes sociales (institucionales; del centro de salud, espacios amigables, entre otros) como espacios educativos, de difusión de prestaciones y actividades, experiencias en radios comunitarias.
- **Educación en salud:** trabajo educativo comunitario para la práctica de hábitos saludables.

⁵⁶ Ministerio de Salud, Chile. Decreto N°37 Determina aporte estatal a municipalidades que indica, para sus entidades administradoras de salud municipal, por el periodo que señala. 2022.

b. Actividades de prevención y protección específicas

Ejemplos:

- **Vacunaciones:** según lo contemplado en PNI, considerando las vacunas universales, focalizadas en grupos específicos, regulares según edades, estacionales o esporádicas.
- **Consultas o controles:** por ejemplo, consultas o controles de medicina, enfermería, nutrición, salud mental, social, odontológica, regulación de la fertilidad, tamizaje de cáncer cervicouterino y cáncer de mamas, entre otras; incluyendo a todo el curso de vida de las personas.
- **Educación** grupal e individual a población de riesgo.
- **Actividades lúdicas y físicas** tendientes a promover el autocuidado y autoestima de los usuarios de riesgo.
- **Consejerías** individuales y familiares y grupales.
- Creación de grupos de autoayuda.
- Educación grupal a personal técnico y profesionales del Servicio Mejor Niñez y Servicio Nacional de Menores y de los centros residenciales correspondientes al territorio del centro de salud.
- Actividades comunitarias para acercar el test 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 personas con diferentes condiciones de salud
- Actividades lúdicas y físicas tendientes a promover el autocuidado y autoestima de los usuarios con diversas condiciones de salud

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 problemas de salud.
- Actividades promocionales y de autocuidado para Adolescentes y Jóvenes
- Conformación de Consejos Consultivos de Jóvenes
- Campañas para la promoción de la inclusión y despatologización de la diversidad sexual
- Campañas de promoción de eliminación de estigmatización de grupos específicos: personas con capacidades diversas, con condiciones de salud mental, y pertenecientes a diversidades de género, orientación sexual, u otros).

e. **Actividades de participación social y generación de control social comunitario.**

Ejemplos:

- **Reuniones vecinales y comunales:** alianzas con grupos territoriales y funcionales (juntas de vecinos, clubes deportivos, agrupaciones de mujeres, agrupaciones de jóvenes, agrupaciones de trabajadores, agrupaciones de comunidades educativas, entre otras).
- Comité de gestión usuaria.
- Formación de líderes o monitores comunitarios.
- Reuniones con usuarios y grupos comunitarios.
- Coordinación intersectorial, principalmente con educación.
- Diagnósticos participativos y otras herramientas de gestión participativa.

f. **Actividades Complementarias y de apoyo a la gestión de programas.**

Ejemplos:

- Difusión a través de redes sociales de actividades y prestaciones dirigidas a adolescentes.
- Reuniones de planificación, seguimiento y evaluación.
- Reuniones de trabajo intersectorial incluyendo a población niños, niñas, adolescentes y jóvenes (NNAJ) que pertenecen programas de Mejor Niñez y del Servicio Nacional de Menores.
- Jornadas de Capacitación sobre el programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) en el Establecimiento de Atención primaria.
- Jornadas de Capacitación para promover buen trato a las personas trans y comunidad LGBTIQ+ en su calidad de usuarios y trabajadores de la red.
- Jornada de capacitación en salud en todas las políticas e intersectorialidad, en el marco de las RISS.
- Reuniones clínicas de los diferentes estamentos/profesionales 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**

Ejemplos:

- **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.
- Prestaciones y acciones dirigidas a otorgar un cuidado integral centrado en las personas, priorizadas de acuerdo con la estratificación de riesgo.

Se espera que las actividades cuenten con protocolos, dónde se pueda especificar las características de cada actividad y los mecanismos para ponerlas en práctica.

Es necesario que las entidades que realicen la programación tengan claridad y puedan especificar para cada actividad:

- A quién va dirigida y quién la ejecuta como recurso principal (considerar ejecución en dupla o grupal).
- Cómo se debe realizar.
- Cuántas veces se ejecuta, es decir, la concentración de la actividad.
- Se debe determinar el rendimiento de la actividad de acuerdo con estándares ya definidos o readecuados a cada población. El rendimiento, como se mencionó anteriormente, expresa el tiempo que utilizan las personas para realizar la actividad.

Definiciones de Atenciones Remotas:

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.

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.

Teleconsulta: Corresponde a una consulta a 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 ubicados en lugares geográficos distintos y que tienen la posibilidad de interactuar entre sí.

Seguimiento remoto: es toda actividad de contacto remoto con la persona con el fin de realizar el seguimiento clínico, rescate u otra actividad no asimilable a las descritas previamente, realizado mediante vía telefónica u otro medio digital.

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.

Las actividades a distancia pueden realizarse mediante:

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. 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 explícito 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.

El registro de las actividades remotas estará normado por los manuales de resúmenes estadísticos mensuales (REM) vigentes.

Ejemplo matriz básica 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 0d – 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

En el ejemplo se divide el total de actividades por el rendimiento y luego por los días hábiles disponibles para ejecutar la actividad. La programación permite reconocer por anticipado la carga horaria para la construcción de la agenda profesional. 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. La matriz de programación debe quedar reflejada en las agendas de los profesionales de la salud, en forma diaria, semanal, mensual y anual.

Consideración de horas administrativas para todos los programas de la atención primaria

En relación a las horas administrativas asociadas a la gestión de programas a cargo de la/el Jefa/e o Encargada/o de Programa, se contemplan acciones de monitoreo de cumplimientos asociados a metas sanitarias e indicadores IAAPS, gestión de agendas, reuniones de coordinación y rescate de pacientes GES. Todo esto, con el fin de resguardar los tiempos adecuados para cumplir con estas actividades.

Propuesta de plan de trabajo “proceso programático”

A modo de recomendación, 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

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

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

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

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

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

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

Descripción de actividades

Cuidado integral centrado en las personas en contexto de multimorbilidad

Población objetivo: Personas de 15 y más años. Conforme el nivel de riesgo de salud que esta presenta se redireccionan los servicios sanitarios, iniciando con las personas que presentan alto riesgo (5 o más condiciones crónicas ponderadas).

Actividades y coeficientes técnicos para ECICEP

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 integral o primera atención en cuidados Integrales	1	1.3	Médico/a
		1	1.3	Profesional
	Control Integral	1	1.3 a 2	Médico/a
		2	1.3 a 2	Profesional
	Seguimiento a distancia (telefónico)	4	4	Profesional TENS

Programación Operativa Actividades de Odontología en Atención Primaria y Contexto de red

Se destacan actividades promocionales y preventivas para población menor de 20 años y en grupos priorizados como Ges Salud Oral Embarazadas y Población Diabética bajo control, perteneciente al Programa de salud cardiovascular. 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.

Es importante mencionar que, tanto las prestaciones de salud bucal que forman parte del Plan de Salud Familiar y se encuentran “percapitadas”, como también las que son parte de programas de reforzamiento en la atención primaria de salud (PRAPS), deben ser programadas

Estándares para la Programación Operativa Odontológica

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

Programas de reforzamiento de la Atención Primaria

A continuación, se describen las prestaciones y sus parámetros de cobertura, concentración y rendimiento sugeridos para las atenciones asociadas a PRAPS odontológicos en la Atención primaria.

Estándares para la Programación Operativa Odontológica – PRAPS

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

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.

Actividades de salud respiratoria en atención primaria y en contexto de red

Los datos correspondientes al año 2019 muestran que las defunciones por causa respiratoria siguen siendo la tercera causa de mortalidad en el país. (CIE-10, J00-J99), al año 2021, existe una cobertura total del 6,3% de la población inscrita y validada en los centros de Atención Primaria con patología respiratoria crónica (SBOR, Asma y EPOC) a nivel nacional, el cual presenta una disminución de 1,1% con respecto al año 2019.

En la tabla a continuación se describen las prestaciones, tipo de atención, modalidad de atención y prestaciones respiratorias 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 curso de vida del individuo.

Prestaciones	Tipo de Atención	Rendimiento/hora	Descripción
Ingreso pacientes agudos y crónicos	Diagnóstico	1	Diagnosticar patologías respiratorias a usuarios que presenten sintomatología y sean derivados mediante una solicitud de interconsulta.
Control pacientes crónicos	Tratamiento	2-3	Evaluar mediante controles clínicos la adherencia al tratamiento y control de la patología.
Consulta de morbilidad respiratoria	Tratamiento	2-3	Dar respuesta clínica a un usuario que consulte de manera espontánea debido a una exacerbación de su patología respiratoria.
Atención kinésica respiratoria	Tratamiento	2-3	Realización de técnicas kinésicas respiratorias
Pruebas funcionales	Evaluación y diagnóstico	1	Realización de espirometrías y flujometría que permitan evaluar y/o diagnosticar una patología respiratoria crónica.
Educación individual y grupal	Promoción y prevención	2-3	Sesión educativa dirigida a grupos específicos, realizada en el centro de salud o fuera de él a 1 y/o más personas.

Visitas domiciliarias a usuarios oxígeno dependientes	Tratamiento	1	Visita de profesional de las salas a usuarios pertenecientes al programa oxígeno domiciliario.
Rehabilitación Pulmonar	Rehabilitación	0,75	Realización de Rehabilitación Pulmonar que incluye sesiones educativas y de actividad física. (grupal y/o individual, 26 sesiones para cada persona)

Articulación en Red: fortalecer la continuidad de la atención de los usuarios con enfermedades respiratorias crónicas como también quienes presentan cuadros agudos entre nivel primario y nivel secundario. Los equipos de las salas respiratorias deben mantener una constante colaboración y coordinación con los equipos pertenecientes a los dispositivos de urgencia APS (SAPU, SAR y SUR), de tal manera que se asegure la atención en las salas IRA/ERA de aquellos usuarios que hayan sido atendidos por un cuadro respiratorio agudo y que requiera un control posterior a la atención.

Articulación nivel secundario: se requiere coordinación y comunicación constante entre equipos de nivel primario y secundario, por lo cual, es necesario que se generen mecanismos de coordinación administrativo-asistencial, entre los cuales destacan: protocolos de referencia y contrarreferencia, gestión de casos, consultorías, reuniones clínicas – administrativas que permitan evidenciar y coordinar la continuidad de la atención de los usuarios con patologías respiratorias. Lo anterior, deben generarse de manera organizada, programada, ágil, eficiente y eficaz, con apoyo fundamental de tecnologías de la información.

Acciones con garantía GES

Otorgar acceso y tratamiento oportuno de las garantías GES a usuarios con sospecha o diagnóstico de ASMA, EPOC y Neumonía, por lo tanto, nivel primario tiene que realizar el seguimiento de las SIC a nivel secundario, mediante comunicación directa con el establecimiento de destino y a su vez por el registro SIGGES. De no tener información correspondiente al seguimiento de los usuarios, esta debe ser comunicada al Servicio de Salud, al equipo respiratorio y GES tanto APS como secundario.

Unidad de Hospitalizados

Todo usuario que haya sido hospitalizado por una patología respiratoria, posterior a su alta, debe ser derivado a la Atención Primaria para su evaluación médica y posible ingreso a las salas respiratorias, del mismo modo todo usuario que sea perteneciente a las salas respiratorias que haya sido hospitalizado y dado de alta, tiene que ser derivado a la APS, a su sala respiratoria correspondiente.

Unidad de oxigenoterapia domiciliaria y asistencia ventilatoria en domicilio

Usuario con requerimiento de oxigenoterapia y/o asistencia ventilatoria (AVNI, AVI, AVNIA, AVIA) en domicilio, el equipo de Atención Primaria debe coordinar y realizar visita en domicilio para evaluación de habitabilidad, definiendo factibilidad del hogar para la instalación y administración de equipos de oxígeno y/o de asistencia ventilatoria y redes de apoyo. Durante la permanencia de la persona en el programa de oxígeno y/o asistencia ventilatoria, el equipo de las salas respiratorias APS debe programar al menos 1 visita semestral.

Actividades de atención domiciliaria a personas en condición de dependencia severa

En la tabla a continuación se describen las prestaciones, tipo de atención, modalidad de atención y prestaciones a incluir en el proceso programático en la Atención Primaria. Cabe señalar que, las prestaciones de salud que se brindan a la diada conformada por la persona en condición de dependencia y su cuidador, deben encontrarse integradas y adecuadas a cada etapa del curso de vida del individuo, considerando todas aquellas promocionales, preventivas y de tratamiento pertenecientes al plan de salud familiar, a las garantías GES, las que formarán parte del Plan de Cuidados consensuado entre el equipo y la persona dependiente su cuidador y familia. Es importante señalar que la atención a brindar corresponderá a lo factible de realizar en domicilio, por lo que debe existir continuidad 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 articulación y gestión en este ámbito. Por otra parte, tanto la persona dependiente como su cuidador, son beneficiarios de la Ley de Atención Preferente.

Una descripción con mayor detalle de las actividades a realizar, que ya fueron enunciadas en cada curso de vida es el siguiente:

Prestaciones	Tipo de Atención	Rendimiento/hora	Descripción
Visitas Domiciliarias Integrales	Tratamiento	1	Visitas domiciliarias integrales realizadas por el equipo de salud en donde se evalúa la diada conformada por el sujeto de cuidado y su cuidador, perteneciente al programa de atención domiciliaria para personas con dependencia severa, insertos en su entorno. En ellas se elaboran y evalúan los Planes de Cuidado.
Visitas de tratamiento y/o seguimiento	Tratamiento	1	Visitas de tratamiento o procedimiento realizados por cualquiera de los integrantes del equipo de salud a la persona en condición de dependencia severa en el programa, de acuerdo a lo estipulado en el plan de cuidados integrales y sus requerimientos individuales. Incluye evaluaciones nutricionales por requerimiento de NED.
Capacitación a cuidadores	Tratamiento	1-2	Realización de capacitaciones, cursos, o talleres a cuidadores de personas en condición de dependencia severa para la entrega de herramientas necesarias para el rol de cuidados y también para su autocuidado. Pueden ser grupales o individuales
Participación en la red intersectorial de servicios para personas dependientes, sus cuidadores(as) y entorno de apoyo.	Gestión	1	Participación del equipo en la red intersectorial de servicios para personas en condición de dependencia severa presentes en el territorio favoreciendo que las personas dependientes, cuidadores (as) y entorno de apoyo accedan a todos los beneficios de apoyo disponibles: estipendio, acompañamiento, ayudas técnicas, de la manera más expedita y coordinada posible.

Estimación de recursos humanos y demanda en APS

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.

Estimación de la demanda

La programación de actividades nos plantea el gran desafío de abordar la demanda de las personas, principalmente respecto a prestaciones que pueden tener un comportamiento variable, por ejemplo: morbilidades médicas, morbilidades ginecológicas, consultas de urgencias odontológicas y descompensaciones de patologías crónicas. En el intento de anticiparse a estas demandas y poder programar los recursos para abordarla, se realiza una estimación de la misma. En este sentido, se utilizan las series de tiempo para pronósticos a corto plazo, que 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.

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.

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 con 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 sólo 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.

El proceso de agendamiento consiste en la asignación de cita a un paciente para su atención, de acuerdo con 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 inasistencias. Este es un proceso flexible que permite cambios en tiempo real, considerando además que se debe dejar horas protegidas para hacer uso de estas en relación a las necesidades de los usuarios. Las direcciones de los establecimientos deben asegurar que el proceso de agendamiento sea realizado por personal debidamente asignado para aquello, evitando la influencia del prestador directo en la regulación de la oferta. Dicho lo anterior, cada profesional y técnico debe disponer de las horas que se desprendan del proceso programático con el fin de asegurar el uso eficiente de los recursos. El módulo de agenda debe ser accedido solamente por quienes tienen esa responsabilidad y no por los prestadores directos.

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
 - Ausencias programadas y no programadas
- 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

2. 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

Programación del nivel secundario y terciario

La Programación, es la metodología con la que se define el cálculo de las actividades que debe cumplir un profesional de acuerdo con sus horas contratadas y los requerimientos de la especialidad, aplicando criterios técnicos y administrativos previamente definidos.

El objetivo de la programación 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 coordinadas en la red a la cual pertenece. Se debe programar a todos los profesionales debidamente registrados en plataforma SIRH, para control y seguimiento del nivel central.

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 del 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 del profesional.

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 utilizarse como herramienta de gestión, para resolver situaciones críticas identificadas. Se sugiere que el Comité de Programación realice reuniones trimestrales, con los equipos clínicos, evaluando los cumplimientos obtenidos y gestionando las mejoras requeridas, para alcanzar el cumplimiento óptimo esperado.

Para el análisis por especialidad, se debe determinar la disponibilidad de recursos, considerando los siguientes componentes:

Gestión de agenda

Se refiere al 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.

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

Este proceso genera un impacto directo en la producción ambulatoria, reducción de los tiempos de espera, trazabilidad de la información y atención según priorización clínica administrativa establecida.

La Agenda genera 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 modalidad a distancia.

A continuación, se señalan las actividades asociadas a la gestión de agenda que son importantes de considerar:

a) Administración y Programación de la agenda:

- Mantener estructura de Agenda actualizada, de acuerdo con la planificación y programación, de acuerdo a procedimientos definidos por el establecimiento.
- Diferenciar tipo de atención, modalidad y subtipo de prestación, de acuerdo con la priorización de atenciones de salud.
- Es recomendable programar citas presenciales y remotas de manera alternada, para optimizar el personal de salud y mantener un número adecuado y seguro de usuarios en las salas de espera.

b) 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.

c) 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.

d) 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 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 el caso, que algún usuario postergue la atención de salud por temor al contagio, no se deben egresar, sino que el motivo debe quedar por escrito en el sistema de agenda y gestionarlo en cuanto corresponda.

Programación operativa

Para este proceso, se considerarán 52 semanas anuales iniciales, a las cuales se deben realizar los descuentos generales, asociados a sábados, domingos y días feriados anuales, que corresponden a 10 días aproximadamente.

A estos descuentos generales luego se deben realizar los descuentos individuales correspondientes a cada profesional, por los conceptos de Feriados Legales, Permisos administrativos y días de capacitación, según orientaciones técnicas o normativas del Servicio de Salud.

Descuentos Individuales por feriado legal:

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	10 días hábiles

Descuentos individuales por días administrativos:

Permisos Administrativos	
Ley	Días administrativos
19.664	6 semestrales
18.834	6 anuales (fraccionables)

Descuentos individuales por capacitación:

Capacitación	
Ley	Días de capacitación
19.664	6 anuales
18.834	6 anuales

Programación de la agenda 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 una 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 el Departamento de Gestión de las Personas o Encargado de Recursos Humanos, 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 prestaciones para esa especialidad. Las orientaciones para la programación en la red serán complementadas con otros documentos técnicos y manuales que permitirán que los gestores sanitarios puedan realizar una gestión adecuada de la oferta y la demanda de las prestaciones sanitarias. Además, a este documento se suma una propuesta de programación y planificación para el periodo 2023 que a la atención primaria y secundaria (Ver anexo 21).

Criterios técnicos para la programación:

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.

Se 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 el horario total asignado.

B. Actividades No clínicas:

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

C.- 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, la optimización de los recursos del Establecimiento y el rol del establecimiento dentro de su Red.

D.- Programación de atención cerrada

En la distribución del total de horas asignadas a Atención Cerrada, la mayor parte de éstas se ejercen en actividades clínicas directas, principalmente destinadas a las siguientes Unidades:

D1. Programación quirúrgica

La programación del horario total de profesionales, debe ser calculado en base a la disponibilidad de 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.

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	0,25 cirugía Mayor/hrs Cirujano
N.º Cirugía Ambulatoria/hrs.	60 min	1 cirugía Ambulatoria/ hrs Pabellón
N.ºhrs.Cirujano/Cirugía Ambulatoria	60 min x 2	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

D2. Programación atención paciente hospitalizado

Dado que aún está presente el SARS Cov2, para el proceso de hospitalización, se recomienda:

- 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 desde hospitales de baja complejidad, hacia hospitales de alta complejidad.
- 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.

Respecto de estándares sugeridos para la programación según Recurso Cama, se debe evaluar diariamente la ocupación de camas y el nivel de cuidados de los pacientes hospitalizados para optimizar esta distribución según este análisis.

El producto principal de la hospitalización, es el egreso hospitalario, por lo cual, no es aplicable un rendimiento a la Atención Directa de Hospitalizado, sino que, se debe aplicar un rendimiento y seguimiento a las actividades como Visitas a Sala de profesionales médicos, Interconsultas realizadas desde la atención ambulatoria, entre otros.

ESTÁNDARES SUGERIDOS PARA PROGRAMACIÓN SEGÚN RECURSO CAMA

PROFESIONAL	NIVEL DE CUIDADOS	TIEMPO ESTIMADO	OBSERVACIONES
Médico	Nivel de cuidado critico UCI	30-60 min.	Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)
	Nivel de cuidado critico UTI	30-45 min.	Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)
	Nivel de cuidado medio	20 min.	Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)
	Nivel de cuidado básico	15 min.	Visita a paciente hospitalizado (al menos 1 día)
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)
Nutricionista	Nivel de cuidado critico Se considera UCI, UTI, adulto, pediátrico y neonatológicos. Norma Técnica SAN, MINSAL 2005	30 min	Atención integral del paciente (anamnesis, requerimientos nutricionales, formulación dietoterapéutica, planificación alimentaria, balance nutricional (*), hídrico y nitrogenado, control de ingesta, evaluación y reevaluaciones). Educación, elaboración y entrega de pautas, supervisión en la entrega de raciones, investigación, y docencia.
	Nivel de cuidado medio	20 min	Atención integral del paciente (*). Educación, elaboración y entrega de pautas, supervisión en la entrega de raciones, investigación, y docencia.
	Nivel de cuidado básico	15 min	Atención integral del paciente (*). Educación, elaboración y entrega de pautas, supervisión en la entrega de raciones, investigación, y docencia
Fonoaudiólogo	Todos los niveles de cuidados	Se sugiere rendimiento de 2 a 3 atenciones por hrs.	Atención integral del paciente
Psicólogo			
Kinesiólogo			
Trabajador social			
Terapeuta ocupacional			
TÉCNICO PARAMÉDICO	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.)

Estándares sugeridos para programación hospitalización domiciliaria

La Hospitalización Domiciliaria corresponde a aquella modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional de atención cerrada, en la cual el usuario recibe cuidados similares a los otorgados en establecimientos hospitalarios, tanto en calidad como en cantidad y sin los cuales, habría sido necesaria su permanencia en el establecimiento asistencial. Favorece la continuidad de la atención como parte del proceso de hospitalización, permitiendo la participación del usuario y familia en su propio entorno, bajo los estándares de calidad y seguridad. Esta estrategia requiere de indicación y control médico y el término de este proceso estará definido por la alta médica, incluye además las prestaciones otorgadas por un equipo multidisciplinario, de manera de abordar al paciente integralmente. No existe hospitalización Domiciliaria, en donde la atención puede ser otorgada en forma ambulatoria.

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 el equipo de Hospitalización Domiciliaria será de al menos 15 cupos diarios, de acuerdo con programación y recursos asociados, según estándar, con un horario de atención de 08:00 a 20:00 hrs de lunes a domingo.

La dotación mínima de personal recomendado es el siguiente:

- 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

LISTADO DE ANEXOS

ANEXO 1	Lineamiento de pueblos indígenas
ANEXO 2	Diagnóstico de población migrante
ANEXO 3	Ejes estratégicos PAC municipal
ANEXO 4	Programa anual de capacitación 2023
ANEXO 5	Criterios técnicos programación de atención ambulatoria año 2023
ANEXO 6	Criterios técnicos para la programación de prestaciones de rehabilitación APS y especialidad
ANEXO 7	Criterios técnicos programación de atención abierta de salud mental
ANEXO 8	Criterios técnicos programación de atención cerrada de salud mental
ANEXO 9	Programación de especialidades odontológicas
ANEXO 10	Criterios técnicos modelo de atención oncológica
ANEXO 11	Criterios técnicos para el proceso de programación de prestaciones de cuidados paliativos universales
ANEXO 12	Criterios técnicos para programación medicina nuclear terciario
ANEXO 13	Programación químicos farmacéuticos para los niveles primarios, secundarios y terciarios
ANEXO 14	Criterios técnicos para imagenología nivel secundario y terciario
ANEXO 15	Criterios técnicos del programa de atención y control en infecciones de transmisión Sexual (ITS) - Nivel secundario
ANEXO 16	Criterios técnicos para programación red de salud sexual y salud reproductiva Nivel secundario y terciario
ANEXO 17	Criterios técnicos para el proceso de programación de prestaciones de estrategia de protección de niñas, niños y adolescentes

ANEXO 18 Criterios técnicos para el proceso de programación comités y comisiones en
redes de alta complejidad

ANEXO 19 Consideraciones en torno a la salud mental del personal de salud en las
organizaciones de la red pública de salud

ANEXO 20 Salud Digital

ANEXO 21 Cronograma propuesto Planificación y programación en red 2023

COLABORADORES

JEFATURAS MINSAL

Dra. María Soledad Martínez Gutiérrez	Jefe División de Atención Primaria
Andrea Albagli Iruretagoyena	Jefa División Políticas Públicas Saludables y Promoción
Dra. Fabiola Jaramillo Castell	Jefa División de Gestión de Red Asistencial
Manuel Najera De Ferrari	Jefa División Planificación Sanitaria
Dr. Fernando González Escalona	Jefe División Prevención y Control de Enfermedades

JEFATURAS DEPARTAMENTO

Juan Ilabaca Mendoza	Jefe Departamento Gestión de los Cuidados / DIVAP
Juan Correa Peña	Jefe Departamento Control de Gestión y Calidad / DIVAP
Claudia Padilla Rubio	Jefa Departamento Gestión Operacional / DIVAP
María José Letelier Ruíz	Jefa Departamento Salud Digital / SRA
Carla Benavides Lourido	Jefe Departamento Enfermedades no Transmisibles/DIPRECE
Patricia Contreras Cerda	Jefa Departamento Enfermedades Transmisibles/DIPRECE
Lucía Arias Pons	Jefe Departamento Participación Ciudadana y Trato al Usuario/SRA
Manuel Najera de Ferrari	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
Camila Silva Olivares	Jefa Departamento de Gestión y Planificación Estratégica / DIPOL
Gabriela Núñez Troncoso	Jefa Departamento Salud Ocupacional /DIPOL
Dr. Mauro Orsini	Jefe Departamento de Calidad y Seguridad de la Atención/DIGERA
María Paz Bertoglia	Jefa Departamento Inmunizaciones /DIPRECE
Christian García C.	Jefa Departamento de Epidemiología/DIPLAS

DIVAP

Ana Ayala González	Clodovet del Carmen Millalen Sandoval
Camilo Becerra Rodríguez	Ricardo Fabio Hernandez Fonfav
Marcela Rivera Medina	Danilo César Ríos Poblete
Ricardo Molina Arteaga	Álvaro Campos Muñoz
Carolina Lara Díaz	Margarita Ramos Martínez
Damaris Meza Lorca	Daniel Molina Mena
Dayann Martínez Santana	Ana María Hevia Castillo
Irma Vargas Palavacino	Tania Labra Olivares
Juan Herrera Burott	Cesar Freire
Lorena Sotomayor Soto	María Cecilia Torreblanca
María Cecilia Torreblanca Inostroza	Xenia Benavides Manzoni
Nanet González Olate	Alvaro Campos Muñoz
Nathalie Silva Pizarro	Karla Castro
Pablo Wilhelm del Villar	Macarena Riquelme Rivera
Pamela Meneses Cordero	Daniel Molina Mena
Verónica Veliz Rojas	Paulina Nuñez
Gisela Jara Bahamondes	Veronica Veliz Rojas
Karina Castillo Arias	Vanessa Diaz
Alejandro Iglesias Bonsses	Andrea Lastra Salinas
Nathalie Silva Pizarro	

DIPRECE

Maria Francisca Barake Sabbagh	Rodrigo Neira Contreras
Carolina Neira Ojeda	Andrea Peña Otárola
Ximena Alejandra Neculhueque Zapata	Jorge Valdebenito Pino
Nadia Escobar Salinas	Cettina D'Angelo Quezada
Paula Silva Mendoza	Felipe Hasen Narváez
Carolina Peredo Couratier	Francisca Salas Pacheco
Gina Merino Pereira	Paula Maureira Martínez
Laysa Gonzalez Orroño	Katherina Hrzic

DIGERA

Alejandra Sutherland Soto	Maria Carmen Sanchez Gonzalez
Anamari Avendaño Arechavala	Elisa Gonzalez Arancibia
Roberto Vera Uribe	Javiera Fuentes Contreras
Daniela Vargas Guzmán	Carolina Isla Meneses
Tania Herrera	Patricia Acevedo Loyola
Paola Arevalo Leal	Anamari Avendaño Arechavala
Maria Alicia Ribes Langevin	Alejandra Sutherland Soto
Ana Jara Rojas	Carolina Isla Meneses
Cristian Matamala Valencia	Karina Guzman Gonzalez
Karina Guzman Gonzalez	Maureen Gold Semmler
Mauricio Farias Araya	Solange Burgos Estrada
Javiera Fuentes Contreras	Elisa Gonzalez Arancibia
Mauro Orsini Brignole	Maria Sánchez Gonzalez
Karina Trujillo	Claudia Celedón
Jessica Villena	Cristian Parra
Eduardo Artiga	Yerty Martinez
Paloma Cordova	Pamela Gallardo
Felipe Salinas	

DIPOL

Bárbara Donoso
María José Arce
Mabeling Lam Vega
Yilda Herrera Figueroa

DIPLAS

Gina Correa Atencia
Susana Martínez Studer
Odette Urrutia Pumeyrau

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

Paz Anguita Hernández

SERVICIOS DE SALUD

Soledad Carrasco V.	Servicio de Salud Metropolitano Central
Mario Tapia V.	Servicio de Salud Aconcagua
Paola Contreras Z.	Servicio de Salud Viña del Mar - Quillota
Rodrigo Albornoz	Servicio de Salud Metropolitano Norte
Yazmín Yoma	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Paula Mendoza	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Víctor Revello	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Constanza Alegría	Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente
Julio Saavedra	Servicio de Salud Talcahuano
Cristina Naranjo	Servicio de Salud Bío Bío
Rodrigo Villavicencio	Servicio de salud Araucanía Norte
Rocío Cid	Servicio de salud Araucanía Sur
Paulina Borquez	Servicio de salud Valdivia

Camila Gallardo	Servicio de Salud Magallanes
Gian Serri	Servicio de salud del Maule
Paula Lobos Ortíz	Servicio de Salud Viña del mar - Quillota
Pilar Marchant	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Maricela Vicencio	Servicio de Salud Coquimbo
Álvaro Muñoz	Servicio de Salud Reloncaví
Andrea Vergara	Servicio de Salud Viña del Mar Quillota
Carlos Pérez	Servicio de Salud Aysén
Paola Vaccaro	Servicio de Salud Valparaíso San Antonio
Carla Vásquez	Servicio de Salud Aconcagua
Andrea Muñoz	Servicio de Salud Ñuble
Ana Mujica	Servicio de Salud Iquique
Rosmery Jorquera	Servicio de Salud O'Higgins
Chriss Cornejo	Servicio de Salud O'Higgins
Margarita Curutchet Bustamante	Servicio de Salud Iquique
Andrea De Teran	Servicio de Salud Coquimbo
Alberto Fernández	Servicio de Salud Ñuble
Alejandro Horta	Servicio de Salud Coquimbo
Iven Morales	Servicio de Salud Ñuble
Myrja Pérez	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Marcelo Pinto	Servicio de Salud Antofagasta
María Alejandra Rojas	Servicio de Salud Araucanía Sur
Daniela Vásquez	Servicio de Salud Metropolitano Oriente

EDITORES DEL DOCUMENTO

Juan Ilabaca Mendoza	Jefe Departamento Gestión de los Cuidados / DIVAP
Alexander Recabarren Baez	Profesional Asesor. Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales
Sebastian Medina Gay	Jefe Departamento de Gestión Territorial/ DIGERA
Antonio Vergara Monares	Asesor / DIVAP
Sandra Caucamán Castillo	Profesional Departamento de Gestión Territorial/ DIGERA
Odette Urrutia Pumeyrau	Profesional Departamento de Estrategia Nacional de Salud/ DIPLAS
Susana Martinez Studer	Profesional Departamento de Estrategia Nacional de Salud/ DIPLAS
Gina Correa Atencia	Profesional Departamento de Estrategia Nacional de Salud/ DIPLAS
Camilo Becerra Rodríguez	Asesor / DIVAP
Milena Pereira Romero	Profesional Departamento Gestión de los Cuidados / DIVAP