ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED

2021

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN 4

GLOSARIO 7

CAPÍTULO I. BASES CONCEPTUALES 11

1.1. ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED 11

1.2. ENFOQUES DE LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA 14

1.3. OBJETIVOS SANITARIOS 2011 - 2020 15

1.3.1. CADENA DE RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 16

1.3.2. EJES ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO 16

1.3.3. EVALUACIÓN ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD 18

1.3.4. DESDE ALMA-ATA HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE 19

CAPÍTULO II. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS) 20

2.1. LOS DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN CHILE 22

2.2. PROCESO DE DISEÑO DE LA RED DE LOS SERVICIOS DE SALUD 24

CAPÍTULO III. MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA 25

3.1. PRINCIPIOS DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA 26

3.2. CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA, CON ÉNFASIS EN LA MULTIMORBILIDAD 27

CAPÍTULO IV.LA ACREDITACIÓN UN PROCESO DE MEJORA CONTINUA 31

4.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD 31

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN 34

5.1. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA 34

5.2. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN 34

5.3. FASES DE LA PLANIFICACIÓN 37

5.3.1. DIAGNÓSTICO 37

5.3.2. PLAN DE ACCIÓN 39

5.3.3. EVALUACIÓN Y MONITOREO 40

5.4. PLAN DE SALUD COMUNAL 42

a. Diagnóstico de la situación comunal: desarrollado en el punto 5.3.1 42

b. Plan de cuidados de salud de la población 42

c. Dotación personal 42

d. Programa de Capacitación 43

e. Propuesta Plan de Trabajo: "Proceso Programático" 43

CAPÍTULO VI. PROCESO PROGRAMÁTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA 44

6.1. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA 45

6.1.1. ACTIVIDADES A PROGRAMAR 46

6.1.2. EJEMPLO MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES 48

6.2. PROPUESTA PLAN DE TRABAJO "PROCESO PROGRAMÁTICO" 49

6.2.1. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES 53

6.3. ESTIMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y DEMANDA EN APS 57

6.3.1. ESTIMACIÓN DE RECURSOS NECESARIOS 57

6.3.2. ESTIMACIÓN DE LA DEMANDA 58

6.4. EVALUACIÓN Y MONITOREO 60

CAPÍTULO VII. COORDINACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL USUARIO 61

7.1. RECOMENDACIONES DE COORDINACIÓN 63

7.2. SOSTENIBILIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DISEÑADA PARTICIPATIVAMENTE POR LA RED. EXPERIENCIA EN LA RED ASISTENCIAL DEL SERVICIO METROPOLITANO NORTE 63

CAPÍTULO VIII. PROGRAMACIÓN EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO 69

8.1. PROGRAMACIÓN DESDE LA DEMANDA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO 71

8.2. PROGRAMACIÓN DESDE LA OFERTA EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO 72

8.3. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA 77

8.4. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN CERRADA 78

8.5. ESTÁNDARES SUGERIDOS PARA PROGRAMACIÓN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA 80

8.6. PROGRAMACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS 81

COLABORADORES 82

INTRODUCCIÓN

La pandemia de Sars-Cov 2 que ha afectado al mundo y a nuestro país, nos enfrenta como Estado a nuevos paradigmas y desafíos nunca antes vistos. Como Ministerio de Salud debemos estar a la altura de esta nueva realidad. Es por esto que brindar salud a la población no volverá a ser de la manera que conocemos actualmente, y por lo anterior cualquier medida de salud o prestación que se entregue, debe tener como finalidad esencial asegurar la máxima protección de la salud de la ciudadanía.

El trabajo que veníamos haciendo en la Atención Primaria en este nuevo contexto, debe cambiar y adaptarse a los tiempos actuales, realizando medidas a corto, mediano y largo plazo que deben ser implementadas por cada uno de nosotros.

Teniendo en consideración el rol normativo y regulador del Ministerio de Salud, de acuerdo a la señalado en la Ley Nº 19.937, y al mandato legal establecido en la Ley N.º 19.378 Estatuto de Atención Primaria, todos los años nuestro Ministerio debe poner a disposición de los equipos de salud las **"Orientaciones de Planificación y Programación en Red"** para el año siguiente.

El presente documento pone a disposición de los equipos de salud un conjunto de orientaciones técnicas que en consistencia con las prioridades sanitarias nacionales, el Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar y Comunitario, y el actual escenario de crisis sanitaria permitan el desarrollo de acciones promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación.

Todo esto tiene por sentido el optimizar el uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros, orientándolos a resultados medibles y facilitando la integración funcional de la Red Asistencial. Esta gestión nos permitirá seguir avanzando y fortaleciendo el rol que tiene la Atención Primaria, de tal forma de mejorar el acceso y dar satisfacción a las necesidades de salud de la población de acuerdo al marco normativo vigente, como así también, incluir actividades de salud que se ejecutan en nuestra red sanitaria y que forman parte de los planes nacionales de salud mental, cáncer, obesidad y envejecimiento.

La Programación en Red para el año 2021, recoge algunos desafíos:

1. Destacar la importancia de considerar la salud desde la perspectiva de curso de vida, con estándares de seguridad y calidad en la atención de salud.
2. Incorporar una visión a corto plazo, a través de la Programación anual de la Red; y de mediano y largo plazo, mediante una Planificación de la Red Asistencial.
3. Integrar las acciones del sector salud con las del intersector tendientes a mejorar la situación de salud de la población.
4. Llegar con salud pública a todas las personas de Chile que la demandan es un gran reto del Plan Nacional de Salud, especialmente en las poblaciones apartadas. Las personas que viven en esos lugares deben hacer largos desplazamientos para poder ser tratados. Si bien la telemedicina no es aplicable a todos los casos, el rápido desarrollo de la misma, junto con la reducción de costos de acceso a redes y equipos ha permitido contar con varias atenciones de salud que hoy se pueden llevar a cabo de forma remota.
   Ellas están contempladas en la Estrategia Digital de Salud, que permitirá un gran ahorro de costos a los pacientes, una mejor utilización de la infraestructura técnica y humana del sector público de salud, y un mejor acceso a servicios otorgados.

5. Implementar una nueva estrategia de atención para pacientes con múltiples patologías crónicas, la cual aspira a que las personas cuenten con cuidados integrales, integrados, continuos, centrados en ellas, garantizando la calidad de la atención y la eficiencia. Todo esto, en el marco de responder a las necesidades que genera la cronicidad en las personas, sus cuidadores, equipo de salud y población en general.

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

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

Arturo Zúñiga Jory
Subsecretario de Redes Asistenciales
Ministerio de Salud

El Documento **"Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2021"**, está conformado por:

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

Matriz de Cuidados a lo largo del Curso de Vida

Anexos página Web MINSAL:

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

GLOSARIO

APS:	Atención primaria de Salud.
ATM:	Articulación temporomandibular.
AVD:	Años de vida ajustados por discapacidad.
AVISA:	Años de vida saludables perdidos.
BERA	Potencial evocado auditivo.
CAE:	Centro Adosado de Especialidades de Hospitales.
CCL:	Comité Conductor Local.
CASEN:	Encuesta de Caracterización Socioeconómica Nacional.
CDTs:	Centro Diagnóstico Terapéutico.
CECOSF:	Centros Comunitarios de Salud Familiar.
CENABAST:	Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud.
CERO:	Control con enfoque de riesgo odontológico.
CGR:	Contraloría General de la República.
CIF:	Cámara de la Innovación Farmacéutica.
CIRA:	Consejo de Integración de la Red Asistencial.
CMA:	Cirugía Mayor ambulatoria.
CO:	Comité Oncológico.
COSAM:	Centro Comunitario de Salud Mental.
CRSs:	Centro Referencia Salud.
DEIS:	Departamento de Estadísticas e Información de Salud.
DEM:	Departamento de Extranjería y Migración.
DFL:	Decreto con fuerza de ley.
DIPRES:	Dirección de Presupuestos.
DM:	Diabetes mellitus.
ECNTs:	Enfermedades crónicas no transmisibles.
ECJ:	Enfermedad de Creutzfeld-Jakob.
EDF:	Etapa de Destinación y Formación.
ELEAM:	Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.
EMG:	Electromiografía
EMT:	Equipos Médicos de Emergencia.
ENO:	Enfermedades de Notificación Obligatoria.
ENS:	Encuesta Nacional de Salud.
EPOC:	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
EPP:	Elementos de Protección Personal.
ERA:	Enfermedades Respiratorias Adulto.
ERC:	Enfermedad renal crónica.
ETA :	Enfermedades transmitidas por alimentos.
EVS:	Elige Vivir Sano.
FAPEM:	Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipalizados

FCM:	Fondo Común Municipal.
FESP:	Función esencial de la Salud Pública.
FODA	Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas.
FONASA:	Fondo Nacional de Salud.
GES:	Garantías explícitas en salud.
HD:	Hospital Digital.
HDR:	Hospital Digital Rural.
HTA:	Hipertensión arterial.
IAAS:	Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
INE:	Instituto Nacional de Estadísticas.
IRA:	Infecciones respiratorias aguda.
ISAPRES:	Instituciones de Salud Previsional.
ISP:	Instituto de Salud Pública.
ITS:	Infecciones de transmisión sexual.
LE:	Lineamientos Estratégicos.
MAIS:	Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria.
MCCS:	Municipios Comunas y Comunidades Saludables.
mhGAP:	Mental health Gap Action Programme
MIDAS:	Modernización de la Información de la Autoridad Sanitaria.
NAC:	Neumonía adquirida en la comunidad.
NNAJ:	niños, niñas, adolescentes y jóvenes.
OAL:	Organismos Administradores del Seguro Ley.
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos.
OIRS:	Oficina de información reclamos y sugerencias.
OIT:	Organización internacional del trabajo.
OMS:	Organización Mundial de la Salud.
OPI:	Ortodoncia Preventiva e Interceptiva.
OPS:	Organización Panamericana de la Salud.
OSD:	Objetivos Sanitarios de la Década.
PAC:	Programa Anual de Capacitación.
PACAM:	Programa de Alimentación Complementaria del Adulto Mayor.
PADBP:	Programa de apoyo al desarrollo biopsicosocial.
PAP:	Papanicolau.
PARN:	Programa de apoyo al recién nacido.
PCI:	Plan de Cuidados Integrales.
PESS:	Potenciales Evocados Somatosensitivos.
PESPI:	Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas.
PEV:	Potencial evocado visual.
PLADECO:	Plan de desarrollo comunal.
PNAC:	Programa Nacional de Alimentación Complementaria.

PNI:	Programa Nacional de Inmunización.
PSC:	Plan de Salud Comunal.
PSCV	Programa salud cardiovascular.
PSF:	Plan de Salud Familiar.
PSM:	Programa Salud Mental
PSR:	Posta Salud Rural.
PIB:	Producto Interno Bruto.
PTI:	Plan de Tratamiento Integral.
PRAIS:	Programa Reparación y Atención Integral de Salud.
PRIMAP:	Primera respuesta a incidentes con materiales peligrosos.
RCE:	Registro clínico electrónico.
RCP:	Reanimación cardiopulmonar.
REAS:	Residuos de establecimientos de atención de salud.
REM:	Resumen estadístico mensual.
REM A30-AR:	Resumen estadístico mensual atención remota.
REM P:	Resumen estadístico mensual población bajo control.
RISS:	Red integrada de servicios de salud.
RGGS:	Régimen General de Garantías en Salud.
RNLE:	Repositorio Nacional de Listas de Espera.
RNI:	Registro Nacional de inmunización.
RSI:	Reglamento Sanitario Internacional.
SAPU:	Servicio de Atención Primaria de Urgencia.
SENDA	Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol.
SIAD:	Sistema de Aprendizaje a Distancia.
SIC:	Solicitud de interconsulta.
SIGFE	Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado.
SEREMI:	Secretarías Regionales Ministeriales de Salud.
SIC:	
SIDA:	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SIGGES:	Sistema integral gestión de garantías explicitas en salud.
SIGTE:	Sistema de Información y Gestión de Tiempos de Espera.
SIMPO:	Sistema Informático de Monitoreo de la Planificación Operativa.
SINIM:	Sistema Nacional de Información Municipal.
SPECT:	Tomografía computarizada por emisión de fotón único.
SRC:	Síndrome rubeola congénita.
SUBDERE:	Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo.
TACO:	Tratamiento Anticoagulante Oral.
TBC:	Tuberculosis.

TDA:	Tratamiento de Traumatismo Dentoalveolar.
TIC:	Tecnologías de la Información y la Comunicación.
UAPO:	Unidad de Atención Primaria Oftalmológica.
UHCIP:	Unidad de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría.
UPC:	Unidad de Patología cervical.
UPM:	Unidad de Patología mamaria.
UPP:	Ulceras por presión.
UTM:	Unidad tributaria mensual.
VDI:	Visita Domiciliaria Integral.
VIH:	Virus de Inmunodeficiencia Humana
VPH:	Papiloma humano.

CAPÍTULO I. BASES CONCEPTUALES

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

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

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

1.1. ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED

Los énfasis de la planificación y programación en red están dados principalmente por la reforma de salud, los objetivos sanitarios de la década y el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, incorporando el sistema de protección social a grupos prioritarios (infancia y adultos mayores) y basado en las características socio demográficas de la población, con una tendencia creciente al envejecimiento. Será una condición necesaria e impostergable, instalar en cada nivel gerencial y operativo un modelo de gestión que ante cualquier nueva situación o circunstancia fuera de plan, cítese como radical ejemplo el evento de pandemia del año 2020, que explicite como mínimo:

- Los actores a nivel correspondiente.
- Actividades y prestaciones impostergables, modificables y aplazables
- Identificación de la infraestructura de la red y su cualificación de ser necesaria una eventual adecuación de su funcionalidad en condiciones especiales
- Lugares comunitarios o del intersector alternativos de atención entrega de prestaciones asistenciales de salud.
- Medios de comunicación, y coordinación, procedimientos.

En el proceso de programación en red, cada actor tiene una función específica, entre las principales, podemos señalar:

MINISTERIO DE SALUD

- Ejercer la rectoría del sector salud, la cual comprende, entre otras materias:
    1. La formulación, control y evaluación de planes y programas generales en materia de salud.
    2. La definición de objetivos sanitarios nacionales.
    3. La coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los objetivos sanitarios.
    4. La dirección y orientación de todas las actividades del Estado relacionadas a la provisión de acciones de salud, de acuerdo con las políticas fijadas.
- Dictar normas generales sobre materias técnicas, administrativas y financieras a las que deberán ceñirse los organismos y entidades del sistema, para ejecutar actividades de prevención, promoción, fomento, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación de las personas enfermas.
- Formular, evaluar y actualizar los lineamientos estratégicos del sector salud o Plan Nacional de Salud, conformado por los objetivos sanitarios, prioridades nacionales y necesidades de las personas.
- Velar por la efectiva coordinación de las redes asistenciales, en todos sus niveles.
- Formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud.
- Contribuir a que todas las políticas, programas, documentos y acciones del Ministerio de Salud, incorporen perspectiva de género y derechos humanos, favoreciendo así la igualdad y equidad entre mujeres y hombres y la efectiva realización de los derechos en salud de la población.
- Le corresponderá, de acuerdo con lo establecido en la Ley No 19.937, artículo 4, formular y fijar las políticas de salud, que serán la base de la programación, controlando además el cumplimiento de ellas.

SEREMI DE SALUD

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

SERVICIOS DE SALUD

- Liderados por el gestor de red, son quienes analizan y gestionan la totalidad de su oferta institucional y la demanda actualizada, en función de los requerimientos de salud de la población y la presentación del plan anual.
- Su rol es la articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud, como también la rehabilitación y cuidados paliativos de las personas enfermas. En lo que se refiere a su funcionamiento, se someten a la supervigilancia del Ministerio de Salud, debiendo cumplir con las políticas, normas, planes y programas que éste apruebe.
- Al gestor de red le compete gestionar las medidas necesarias para la referencia, derivación y contra derivación de los usuarios del sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red, a fin de otorgar a la población que lo requiera continuidad en el cuidado entre los diferentes niveles de atención.
- Respecto a la atención primaria de salud municipal, a los Servicios de Salud les corresponde observar la fijación de la dotación de atención primaria, integrar las comisiones de concursos de establecimientos de APS de las comunas de su jurisdicción, transferencia del aporte estatal y de los recursos de programas mediante convenios.
- El gestor de red dispone de distintas instancias para facilitar la articulación de la red asistencial. uno de ellos, es el consejo de integración de la red asistencial (CIRA). Este consejo, está constituido por representantes de establecimientos de salud públicos de todos los niveles de atención y privados, que integren la red asistencial del servicio y presidido por el gestor de red. Tiene carácter asesor y consultivo, proponiendo todas las medidas que considere necesarias para optimizar la adecuada y eficiente coordinación y desarrollo entre la Dirección del Servicio de Salud, los hospitales y los establecimientos de atención primaria, sean éstos de dependencia del servicio o establecimientos de dependencia municipal. asimismo, le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas que presenten nodos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

ENTIDAD ADMINISTRADORA DE SALUD MUNICIPAL

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

Este programa deberá contener a lo menos los siguientes aspectos:

1. Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y líneas programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades fijadas por los Servicios de Salud respectivos.
2. Diagnóstico comunal participativo de salud actualizado.
3. Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente.
4. El escenario más probable para la salud comunal en el período a programar.

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

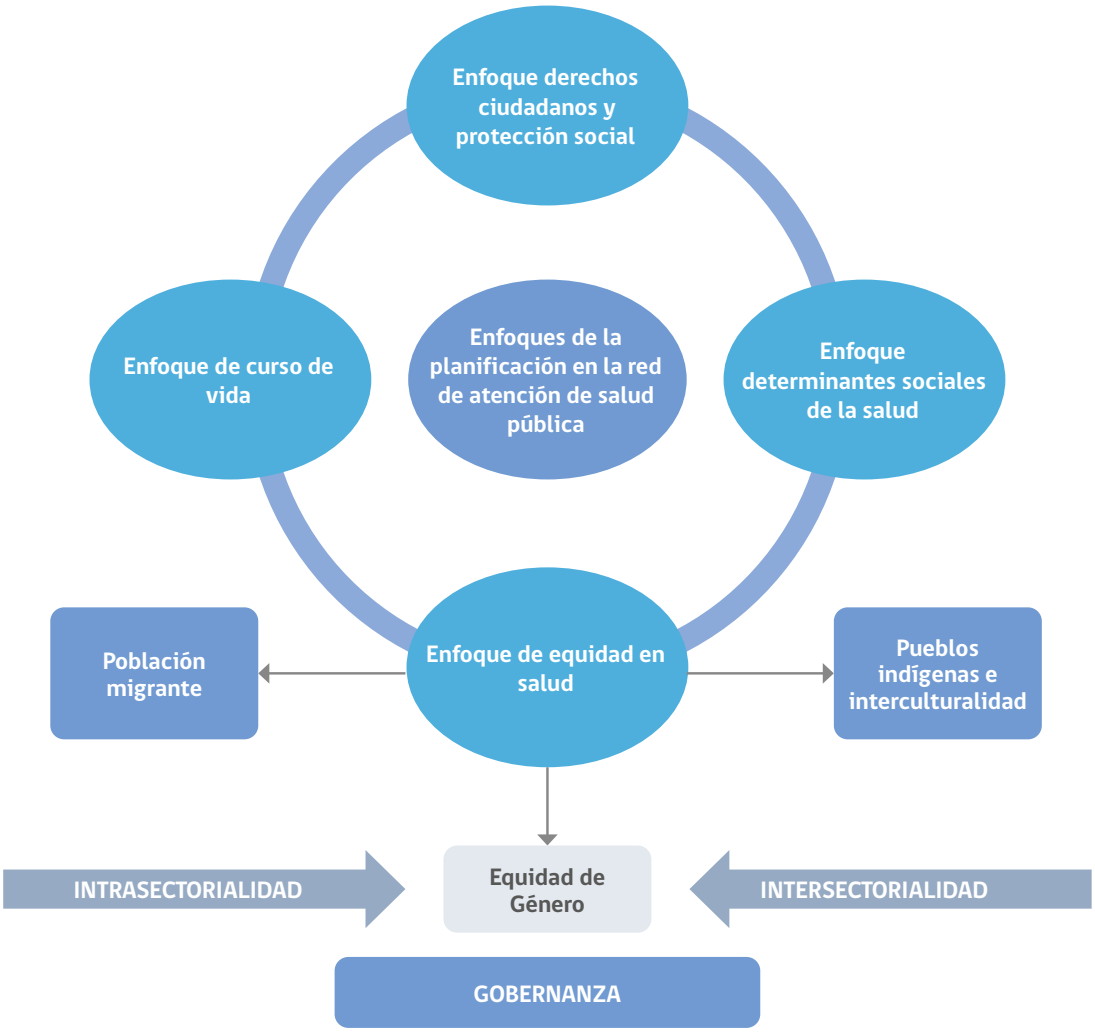
5. Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad y a la intervención e importancia social.
6. Determinación de actividades frente a cada problema priorizado, considerando en ellas: acciones de vigilancia epidemiológica, acciones preventivas y promocionales, acciones de carácter intersectorial que contribuyan a la ejecución de las actividades del programa, y acciones curativas.
7. Indicadores de cumplimiento de metas programadas.

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

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

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

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



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

1.3. OBJETIVOS SANITARIOS 2011 – 2020

El Ministerio de Salud entre sus funciones rectoras establece la definición de los Objetivos Sanitarios Nacionales, y la coordinación sectorial e intersectorial para el logro de los mismos, esto con el propósito de guiar el accionar del sector en pos de la salud de la población.

Para esto se requiere una visión amplia de la salud bajo la perspectiva de su producción social y el enfoque de los determinantes sociales de la salud, de manera que los Objetivos Sanitarios de la Década (OSD) sean una Política de Estado más que sólo sectoriales.

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

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

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

Este trabajo se traduce en la elaboración del documento "Plan Nacional de Salud para los Objetivos Sanitarios al 2020" que esquematiza la cadena de resultados de las diversas temáticas de salud que se abordan en el plan. De este modo se determina que para el logro de los cuatro objetivos sanitarios existen nueve ejes estratégicos, compuestos por los distintos temas de salud, para los cuales se establecen metas de impacto y resultados esperados, las que se miden a través de indicadores específicos, además se presenta en esta cadena los resultados inmediatos, que se corresponden a su vez con la identificación de actividades, intervenciones clínicas o procesos organizacionales, que permitan ir avanzando en el cumplimiento adecuado de los OSD.

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

Actualmente en vista de la próxima década 2021-2030 y considerando el contexto actual, se tiene en vista trabajar de manera potente la coordinación intra e inter sectorial, relevando como eje clave el enfoque de los determinantes sociales de la salud, de esta forma y considerando los perfiles epidemiológicos actuales, que imponen una alta exigencia a la eficiencia y eficacia de las políticas públicas de salud, será nuestra capacidad de adaptarnos y responder adecuadamente a estos requerimientos, la que en parte determinará un efectivo plan y el cumplimiento de los OSD.

1.3.1. CADENA DE RESULTADOS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

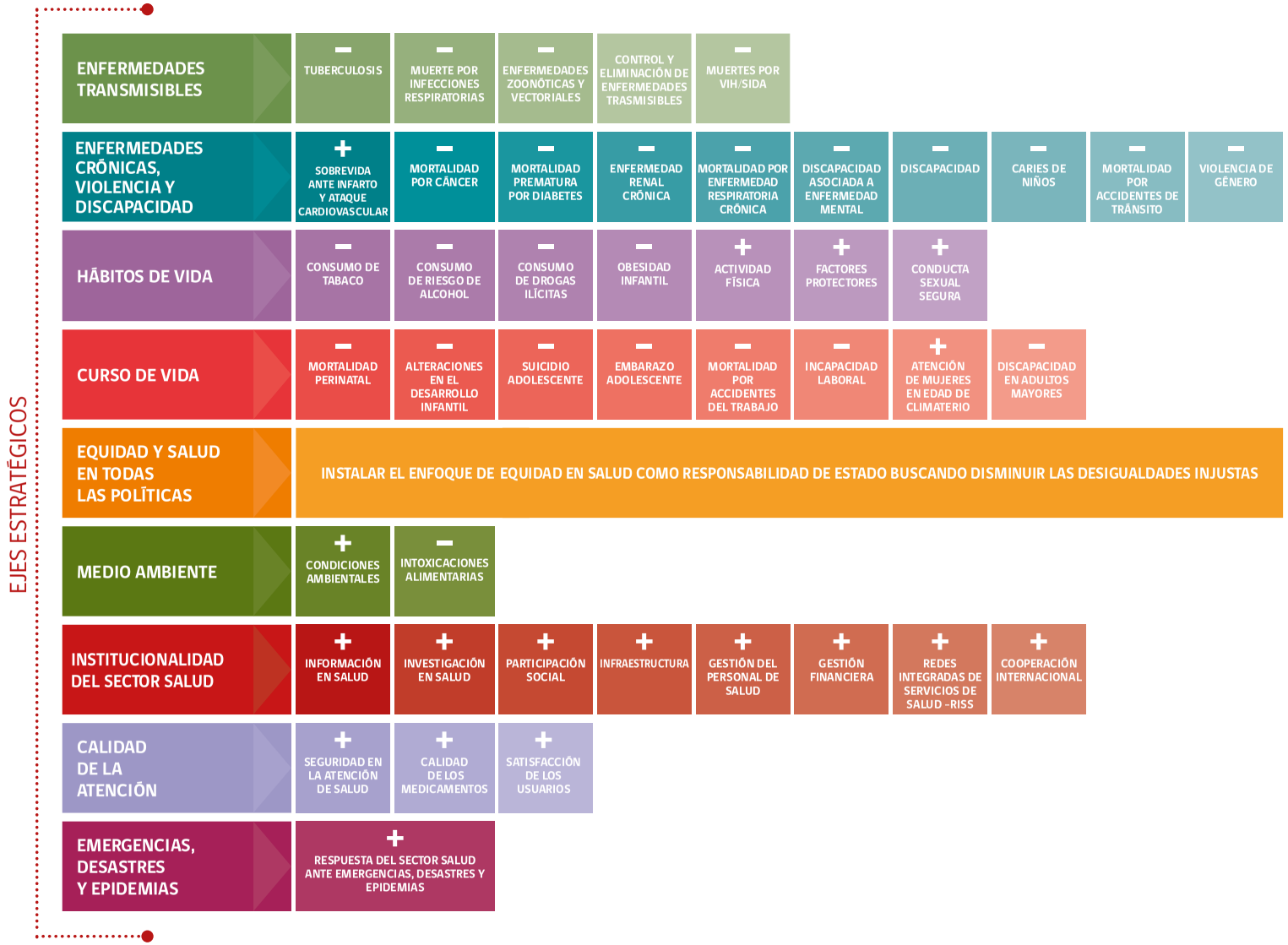
CADENA DE RESULTADOS	DEFINICIÓN	NIVEL DE PLANIFICACIÓN
Impacto	Son los cambios en el bienestar de la población relacionados con la salud o sus determinantes que ocurren en el largo plazo de manera sostenible. Por ejemplo, una mejora de la situación sanitaria de la población, conseguida gracias a una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

1.3.2. EJES ESTRATÉGICOS Y METAS DE IMPACTO

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

OBJETIVOS SANITARIOS 2011-2020

ILUSTRACIÓN 2. PLAN NACIONAL DE SALUD



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

1.3.3. EVALUACIÓN ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD

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

Al igual que en la década anterior y como parte de la gestión integral, el componente de la evaluación se hace imprescindible para revisar el estado de avance hacia las metas establecidas y a su vez permite visualizar las medidas concretas que se deben desarrollar para organizar una respuesta para el logro de los objetivos propuestos. Es en este sentido, que la evaluación a mitad de periodo, buscó dar cuenta del progreso hacia el cumplimiento de los objetivos sanitarios.

Se recomienda revisar en detalle de cada uno de los ejes estratégicos y metas de impacto de la década e identificar medidas de mejora para reorientar los esfuerzos, con miras de que estos sean alcanzados al 2020.

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

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

Fuente: Sistema Informático de Monitoreo de la Planificación Operativa, 2019.

Recordar que existe un módulo de monitoreo de los indicadores a través de la plataforma de planificación SIMPO, que permite ver el avance de los indicadores en el nivel estratégico de planificación de la ENS 2011-2020[2].

Como parte integral del proceso de gestión, en la actualidad se ha dado inicio a la evaluación de fin de periodo, la cual además de establecer la situación en la que finalizamos la década nos entregará orientación acerca de los principales desafíos del periodo entrante, sobretodo si se considera el actual escenario nacional y mundial, de la pandemia por COVID-19, el cual también pretende ser abordado en dicha evaluación.

1.3.4. DESDE ALMA-ATA HACIA LA COBERTURA SANITARIA UNIVERSAL Y LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE[3]

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

La declaración de Alma-Ata sentó las bases de la atención primaria, definiéndola y planteándola como la estrategia disponible para mejorar la salud colectiva en el mundo[4].

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

Al respecto, en la declaración de Astaná se plantea que "ya no podemos infravalorar durante más tiempo la importancia crucial de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, ni tolerar una atención fragmentada, poco segura o de calidad deficiente". La declaración nos hace un llamado a superar las intervenciones sanitarias focalizadas en enfermedades concretas para dar paso al fortalecimiento de los sistemas de salud con un enfoque integrador[5].

Los países firmantes de la declaración se comprometieron a:

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

---

[2] http://simpo.minsal.cl/monitoreo_indicadores

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

[4] 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

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

CAPÍTULO II. REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)[6]

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"[7].

Alma-Ata definió y reconoció el concepto de Atención primaria de Salud como una estrategia para mejorar la salud colectiva de los pueblos del mundo[8].

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"[9].

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

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

---

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

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

[8] 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.

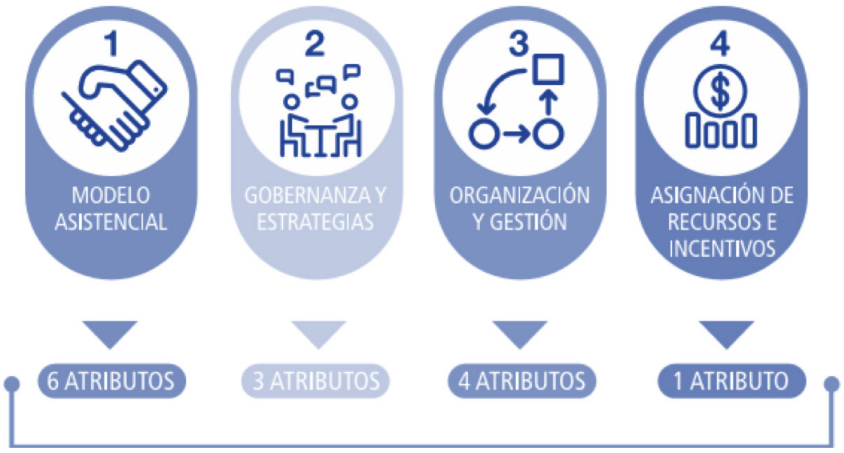
[9] Organización Panamericana de la Salud (2017). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C: OPS

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

Acorde a la definición de OPS, las RISS son "una red de organizaciones que presta o hace los arreglos para prestar servicios de salud equitativos e integrales a una población definida, y que está dispuesta a rendir cuenta de sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve"[10]. Lo anterior supone organizar los diferentes dispositivos existentes en las redes de una manera tal, que supere la fragmentación tradicional derivada de la especialización y la parcelación de los diferentes espacios de atención, en un determinado territorio.

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

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



Fuente: COMGES 2017

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

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

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

2.1. LOS DESAFÍOS PARA EL DESARROLLO DEL MODELO DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD EN CHILE[12]

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

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

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

- Desarrollar una gestión que esté basada en la capacidad protectora y resolutiva a nivel de la atención primaria, con herramientas para la derivación y seguimiento de los pacientes que requieren atención de especialistas o intervenciones en centros hospitalarios, permitirá que la atención de salud esté centrada en las personas y que se logre la continuidad de la atención que requieren.
- Fortalecer el enfoque territorial la pertinencia cultural, priorizar el acceso y la oportunidad de la atención de las personas es el desafío que permitirá mejorar la calidad de las prestaciones y resultados frente a las intervenciones sanitarias.
- Mantener programas de formación de especialistas y profesionales que trabajen en equipo y que reconozcan la relevancia del trabajo intersectorial, para establecer áreas de protección de la población en riesgo.

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

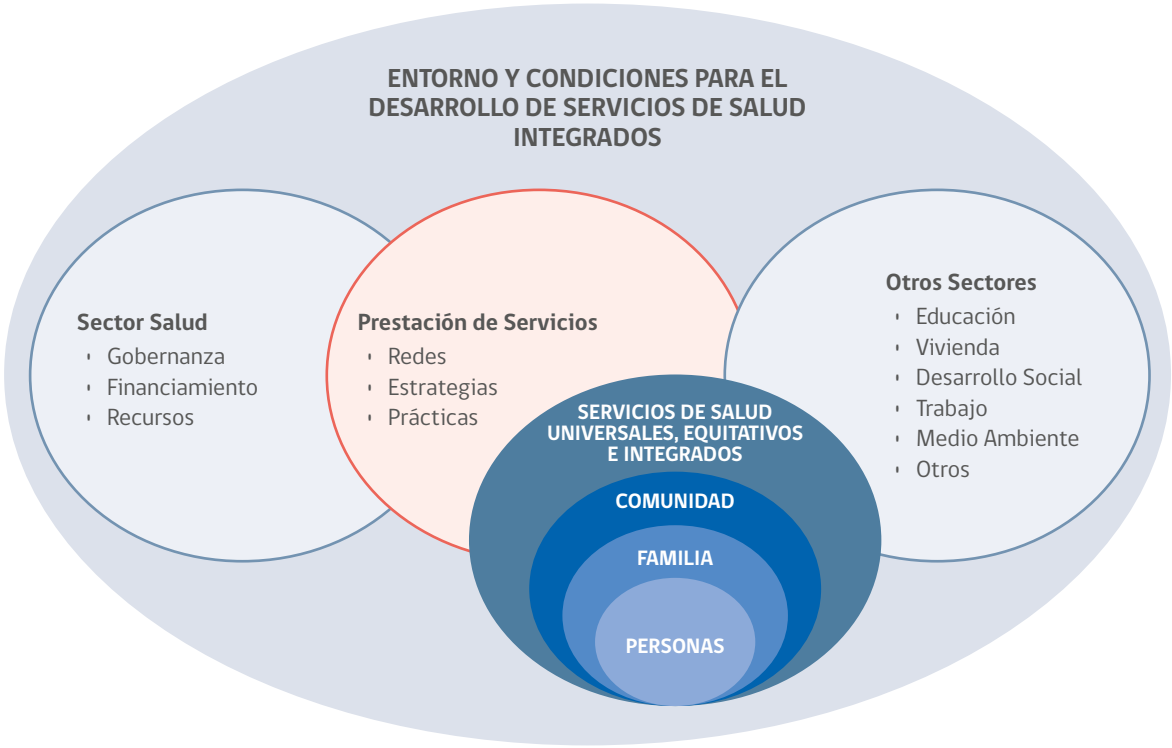
[12] MINSAL, Subsecretaría de Redes Asistenciales (2018). Informe de implementación estrategia de redes integradas de Servicios de Salud (RISS) en el sistema público de salud. Período 2014-2017. Extraído de: https://www.MINSAL.cl/wp-content/uploads/2018/03/Informe-de-implementaci%C3%B3n-estrategia-RISS.pdf

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

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

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

ILUSTRACIÓN 5. ENTORNO Y CONDICIONES PARA EL DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD INTEGRADOS



Fuente: Adaptación Modelo Conceptual OMS 2015

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

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

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

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

La metodología utilizada para el diseño de la red plantea el desarrollo de tres etapas: planificación, implementación y evaluación. Estas etapas están en un proceso continuo y se retroalimentan entre sí, permitiendo asegurar la organización de los procesos asistenciales claves de atención primaria, especialidades, hospitalización, intervención quirúrgica y urgencia.

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

ILUSTRACIÓN 6: DISEÑO DEL TRABAJO EN REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD

Fuente: Presentación Implementación del Modelo RISS, Jornada evaluación Compromisos de Gestión (COMGES), noviembre 2017

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

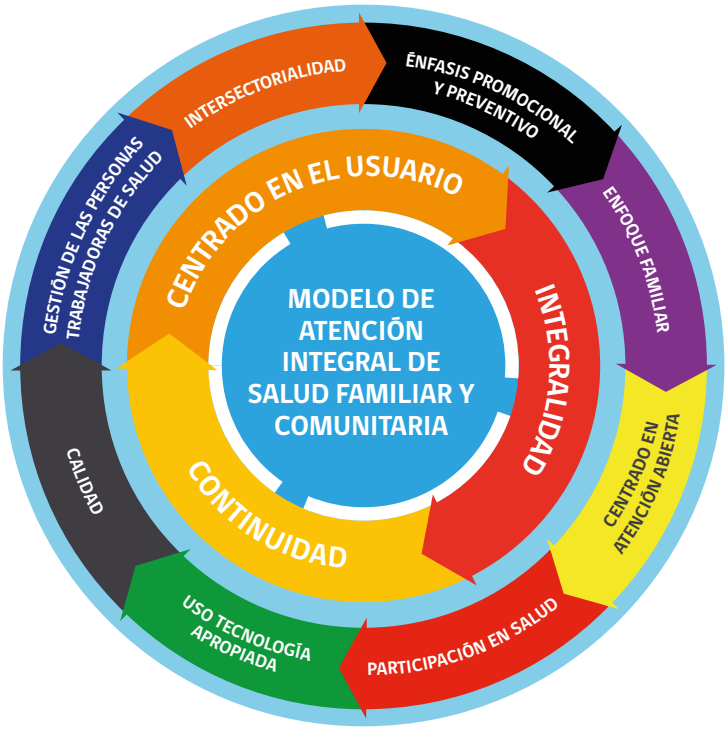
CAPÍTULO III. MODELO DE SALUD INTEGRAL FAMILIAR Y COMUNITARIA

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

El modelo, en lo esencial, describe las condiciones que permitan satisfacer las necesidades y expectativas de las personas respecto a mantenerse sano o saludable, mejorar su estado de salud actual (en caso de enfermedad), ello mediante el logro de los objetivos nacionales de salud y el fortalecimiento de la eficiencia, efectividad y eficacia de las intervenciones, en un contexto de políticas públicas de fomento y promoción de la salud de las personas y comunidades, acorde al mejoramiento de determinantes sociales de la salud.

Por esta razón, como una forma de orientar el trabajo de los equipos de salud, es que se relevan los tres principios irrenunciables en un sistema de salud basado en atención primaria; "centrado en las personas, integralidad y continuidad del cuidado"[13].

ILUSTRACIÓN 7. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA



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

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

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

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

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

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

- Dignidad y respeto: se refiere a que los equipos de salud escuchan y respetan el punto de vista y decisiones de las personas y familias e incorporan en los planes de cuidados sus conocimientos, valores, creencias y características culturales.
- Intercambio de información: se refiere a la comunicación y el traspaso de información completa y de forma positiva entre el equipo de salud y las personas. La información que reciban las últimas, debe ser amplia, oportuna y fidedigna para que puedan participar efectivamente en la toma de decisiones acerca de su salud.
- Participación: que exige que las personas se motiven y reciban apoyo para participar en la toma de decisiones sobre su salud en todos los niveles de atención.
- Colaboración: se expresa en una relación cooperativa entre las personas, las familias y el equipo de salud, para desarrollar, aplicar y evaluar las acciones de salud y prestación de los servicios.
- Integralidad: El concepto de integralidad, ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.
- Continuidad del cuidado: La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los sistemas de salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional. La continuidad del cuidado significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

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

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

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

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

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

ILUSTRACIÓN 9. CUIDADO INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA SEGÚN RIESGO

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

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

La integralidad, como uno de los principios transversales del MAIS, promueve que las necesidades de las personas con múltiples condiciones crónicas, discapacidades funcionales, y/o alta demanda médica; se aborden mediante planes de cuidados consensuados, integrales y continuos, coordinando las prestaciones de salud entre niveles de atención, haciendo parte a la familia y/o cuidadores del proceso de cuidado[14].

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

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

Se estima que los costos de éstas y sus factores de riesgo, medidos por estudios de costo de enfermedad, van desde 0,02 a 6,77% del producto interno bruto (PIB) de un país, siendo el costo de las patologías cardiovasculares entre 1-3% del PIB[15].

A lo anterior, se agregan importantes costos para las familias, llegando hasta 15-25% de los ingresos familiares, en el caso de diabetes y su relevancia en la productividad laboral, constituyendo un impacto para nuestra macroeconomía[16].

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

Otros factores tales como la pobreza, la falta de salubridad del medio y la ausencia de una educación adecuada, influenciados por la situación geopolítica y económica, contribuyen al incremento de las condiciones crónicas. Además, el acceso desigual a alimentos saludables, el escaso desarrollo de parques y ciclovías y el comercio inciden sobre los factores de riesgo relacionados, como la malnutrición por exceso y la inactividad física[17].

En las últimas décadas, Chile muestra un importante aumento de la morbimortalidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNTs) representan la principal causa de años de vida saludables perdidos (AVISA), con un 84%, y las enfermedades cardiovasculares corresponden a la primera causa de mortalidad en Chile[18]. Además, las patologías cardiovasculares son una de las primeras causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVD)[19]: 5,6% corresponde a HTA y 2,3% a la glicemia elevada[20].

Asimismo, es importante tener presente que trastornos mentales como la depresión, son un factor de riesgo que aumenta la probabilidad de infarto al miocardio entre un 15 a 30%, su prevalencia aumenta de dos a tres veces entre las personas con DM o HTA, y afecta la adherencia en particular de la diabetes[21].

Respecto a multimorbilidad, a nivel internacional se estima que el 27% de las personas tienen 2 o más comorbilidades[22], 65% en mayores de 65 años, y 82% en personas de 85 años y más, con diferencias significativas entre hombres y mujeres y entre nivel educacional.

En Chile, de acuerdo con la ENS 2017[23], en población de 15 y más años, el 70,6% tiene 2 o más con-

---

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

[16] Suhrcke M. Chronic disease: an economic perspective. London: Oxford Health Alliance; 2006

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

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

[19] Ministerio de Salud. Estudio de carga de enfermedad y carga atribuible 2007. Agosto 2008

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

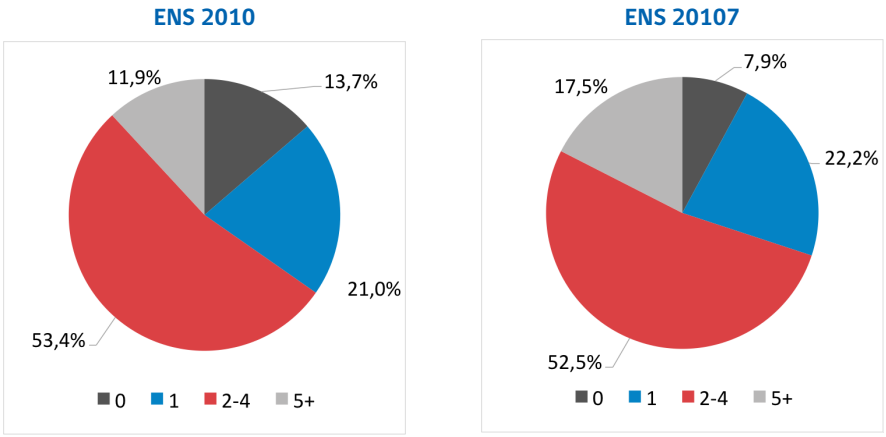
[21] Prince, M., et al., No health without mental health. Lancet, 2007. 370(9590): p. 859-77.

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

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

diciones crónicas (más de 9,5 millones de personas) y el 17,5%, tiene 5 o más condiciones crónicas (más de 2 millones de personas), que se ha incrementado desde el 2010 a 2017.

ILUSTRACIÓN 9. CONDICIONES CRÓNICAS EN POBLACIÓN DE 15 Y MÁS AÑOS. ENCUESTA NACIONAL DE SALUD 2010-2017



Fuente: Dra. Paula Margozzini. Depto Salud Púbica UC

El abordaje de las condiciones crónicas es una realidad que se plasma en todos los niveles de atención y que requiere de un cambio que privilegie una visión integral de la persona, la transición de un enfoque paternalista a uno más proactivo y el desarrollo de la integración de la entrega de los cuidados[24].

Las personas están en alto riesgo, considerando, por ejemplo, factores como la polifarmacia, que puede llevar a baja adherencia al tratamiento y efectos adversos de medicamentos[25].

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

Es importante tener presente que, las personas con varias condiciones crónicas tienen dificultades en la comprensión y el tratamiento de enfermedades múltiples y regímenes de medicamentos complejos[26].

Por consiguiente, se requiere de apoyo al equipo de salud para la incorporación de las prioridades y preferencias de las personas en los planes terapéuticos para el manejo de la multimorbilidad, priorizando así los objetivos tanto del personal sanitario como de la persona aumentando de la adherencia al tratamiento y la mejora de los resultados clínicos. De esta manera, se hace necesario disponer de formación adecuada en atención centrada en la persona, manejo de la multimorbilidad

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

[25] Organización mundial de la salud. Multimorbidity: Technical Series on Safer Primary Care. 2016

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

y uso de tecnología de apoyo a la toma de decisiones[27]. Ello debe ser incorporado en el programa de capacitación comunal.

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

Todo ello implica, pasar de la fragmentación al cuidado integral centrado en las personas, en donde el profesional realiza el control y seguimiento de todas las condiciones crónicas diagnosticadas utilizando, por ejemplo, elementos de la entrevista motivacional, del automanejo[28] para definir de conjunto el plan de cuidados y sus prioridades.

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

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

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

[28] MINSAL. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención primaria Automanejo de enfermedades no transmisibles: Una tarea compartida entre usuarios y equipo de salud.

CAPÍTULO IV. LA ACREDITACIÓN UN PROCESO DE MEJORA CONTINUA

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

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

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

Estos estándares se establecerán con relación a:

- Condiciones sanitarias
- Seguridad de instalaciones y equipos
- Aplicación de técnicas y tecnologías
- Cumplimiento de protocolos de atención
- Competencias de los recursos humanos, y en toda otra materia que incida en la seguridad de las prestaciones[29] (Artículo 4° letra 11 Ley N°19.937)

Con la promulgación de la ley N.° 19.966 se Régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES) para un conjunto de prestaciones señaladas en el decreto correspondiente. En dicha ley, se consideran cuatro pilares fundamentales en la atención de salud:

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

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

4.1. DEFINICIÓN DE CALIDAD

La calidad es un concepto dinámico y "multidimensional" que plantea el desafío de hacer lo correcto a tiempo, desde la primera vez, mejorando siempre, innovando y satisfaciendo al usuario"[30]. Por lo mismo, no es atingente limitar la calidad y seguridad en la atención solamente a la aplicación de pautas y a la obtención de medios de verificación. La calidad va más allá de "la automatización, tecnología, equipos, conocimientos y habilidades, sino que está ligada fundamentalmente a la aptitud y a la actitud de quienes prestan el servicio, consciente que lo verdaderamente importante son

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

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

las personas a quienes están orientados los medios de la prestación del servicio"[31]. Es por ello que se espera que los equipos de trabajo diseñen procesos de mejora continua, poniendo al centro las necesidades de las personas que se atienden en el sistema de salud.

En este sentido, desde el proceso de certificación de avance en el desarrollo del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS), se recomienda conformar un comité de calidad que cuente con la participación de usuarios, que facilite la "implementación de sistemas de gestión de los procesos administrativos y asistenciales; a través de la ejecución de auditorías de seguimiento para el mejoramiento continuo de los mismos e impulsen el desarrollo organizacional hacia el aprendizaje permanente"[32].

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

Esta tarea implicará la aplicación de:

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

Para lograr el desarrollo de una cultura de calidad es necesario modelar el pensamiento, comportamiento, valores, creencias, experiencias y normas, basándose en las necesidades sanitarias de la población y las expectativas de las personas que se atienden en el sistema de salud. Esto representa un gran desafío para el equipo del establecimiento. Sin embargo, la evidencia señala que el proceso de acreditación puede llegar a ser una efectiva herramienta que estimule el espíritu de cooperación y la integración en los establecimientos de salud[33].

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

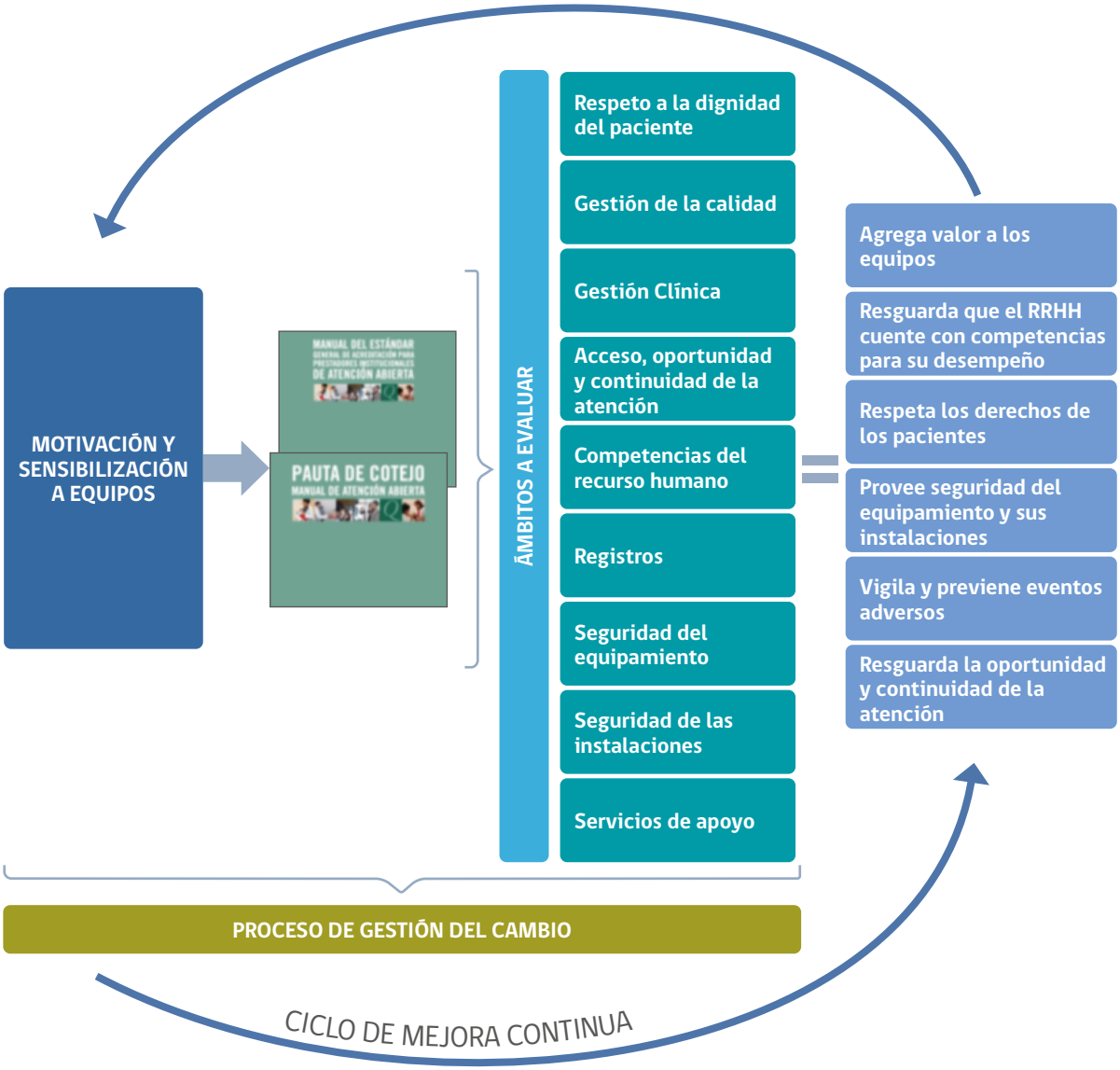
Lo más importante es estar consciente de que el contexto organizacional en el que se desarrolle el proceso de acreditación, determinará el tipo de cambio y las dinámicas que se den al interior del establecimiento. Por esta razón, es importante comenzar el proceso sensibilizando y motivando a todos quienes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

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

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

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

ILUSTRACIÓN 10: PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN DE LA CALIDAD



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

CAPÍTULO V. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN

5.1. ANTECEDENTES DE LA PLANIFICACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

El artículo 58 de la Ley Nº19.378, refiere que "las entidades administradoras de salud municipal formularán anualmente un proyecto de programa de salud municipal. Este proyecto deberá enmarcarse dentro de las normas técnicas del Ministerio de Salud, quien deberá comunicarlas, a través de los respectivos Servicios de Salud, a las entidades administradoras de salud municipal, a más tardar, el día 10 de septiembre del año anterior al de su ejecución[34].

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

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

5.2. ORIENTACIONES PARA LA PLANIFICACIÓN

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

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

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

[34] Ley 19.378. Estatuto de Atención primaria Municipal

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

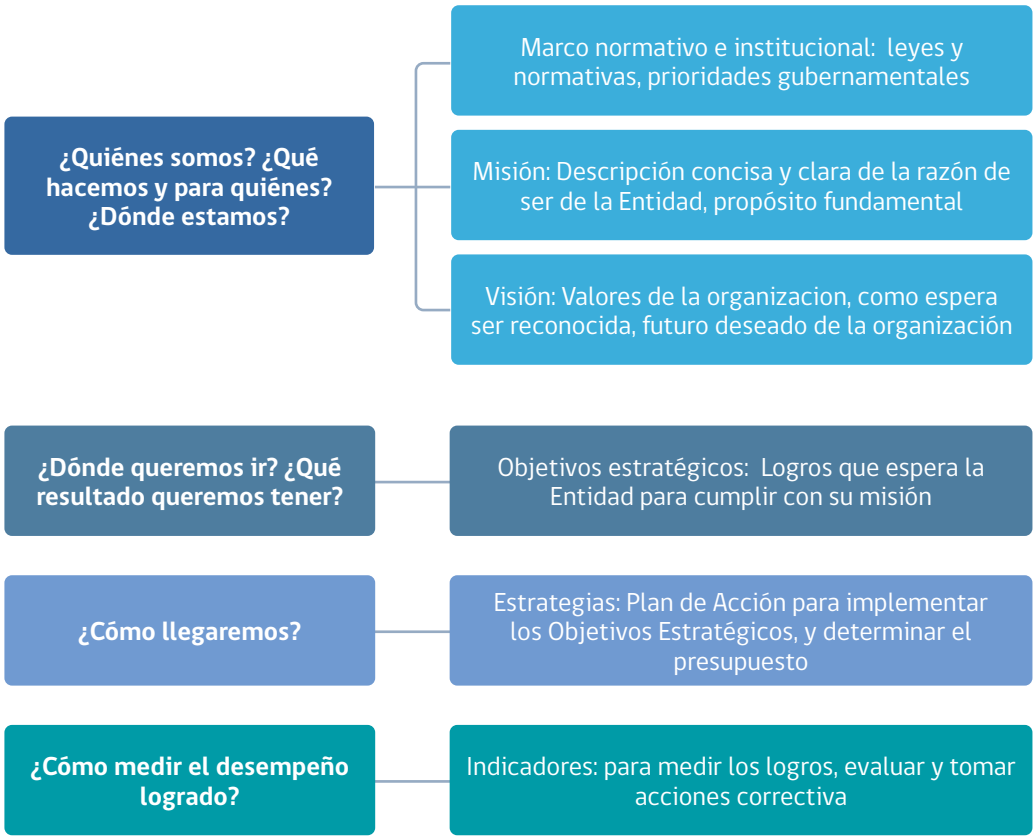
- Considérelo como algo que enriquece su planificación. Des jerarquice y descentralice. Pídale a cada uno de los expertos que tiene en sus establecimientos que le cuenten sus experiencias, las dificultades y los aciertos para que cuando planifique sea una planificación acorde a escenarios posibles.

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

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

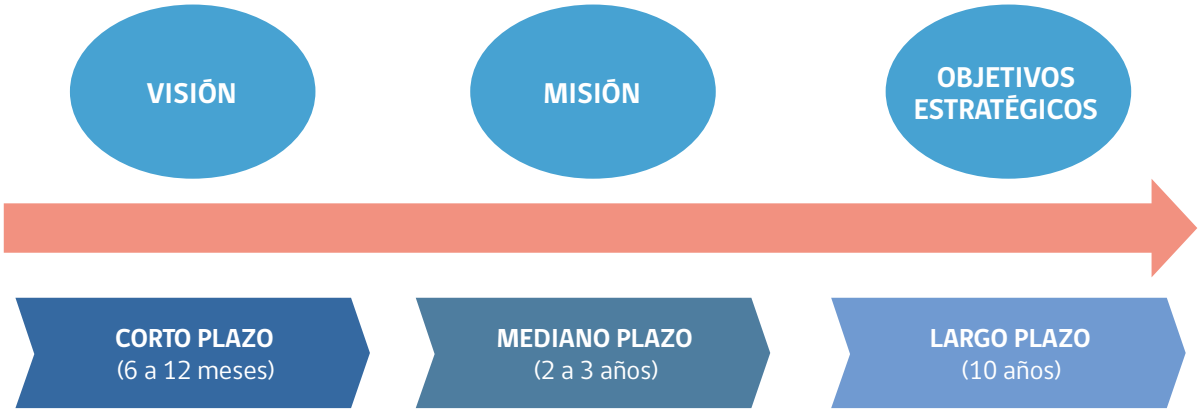
A partir de un diagnóstico de la situación actual, la planificación estratégica establece cuales son las acciones que se tomarán para llegar a un "futuro deseado", el cual puede estar referido al mediano o largo plazo. Es un proceso profundo de las organizaciones que se espera sea participativo. Comienza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

ILUSTRACIÓN 11: RESUMEN DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

ILUSTRACIÓN 12: RELACIÓN TEMPORAL DE VISIÓN, MISIÓN Y OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

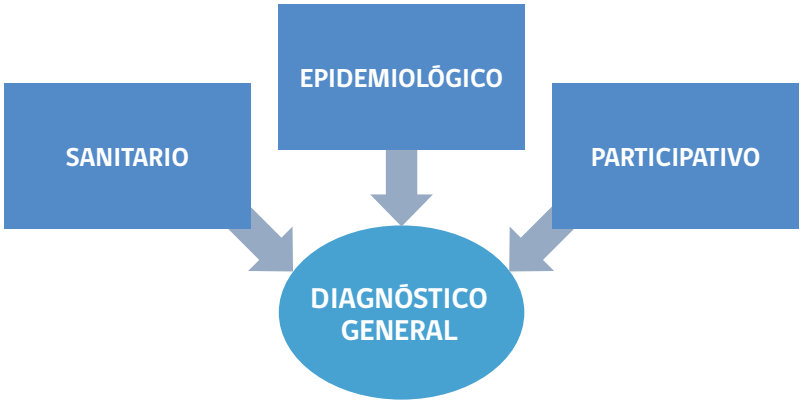


Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

5.3. FASES DE LA PLANIFICACIÓN

5.3.1. DIAGNÓSTICO

ILUSTRACIÓN 13: ELEMENTOS DEL DIAGNÓSTICO INTEGRAL



Fuente: Departamento Gestión de los Cuidados DIVAP

DIAGNÓSTICO SANITARIO

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

DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO

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

- Apreciación: Se refiere a comparar la situación de salud que tenemos con relación a un modelo normativo (metas nacionales, regionales, del Servicio de Salud y locales).
- Pronóstico: Proyección hacia el futuro. Qué pasará con la situación de salud según las tendencias observadas y cambios previsibles en los factores condicionantes.
- Identificación y caracterización de las brechas encontradas: Priorización de las brechas que serán abordadas en el plan, dado que no se pueden abordar todas las situaciones deficitarias identificadas conjuntamente, tanto por un tema de recursos como de gestión.

DIAGNÓSTICO PARTICIPATIVO

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

5.3.2. PLAN DE ACCIÓN

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

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

Fije objetivos que cumplan con los siguientes requisitos:

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

Establezca sus lineamientos de acción:

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

Los lineamientos de acción deben ser:

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

Durante la ejecución de lineamientos de acción:

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

5.3.3. EVALUACIÓN Y MONITOREO

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

Para evaluar puede utilizar:

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

Los indicadores típicamente se clasifican de la siguiente manera:

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

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

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

5.4. PLAN DE SALUD COMUNAL

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

El Plan de Salud Comunal debe contener al menos:

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

b. Plan de cuidados de salud de la población

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

c. Dotación personal

Registrar de acuerdo con formato adjunto el recurso humano disponible.

CATEGORÍA	Nº FUNCIONARIOS	Nº HRS. SEMANALES	Nº HORAS POR HABITANTE INSCRITO
Médico			
Odontólogo			
Químico – Farmacéutico			
Enfermero			
Matrón			
Nutricionista			
A. Social			
Psicólogo			
Kinesiólogo			
Laboratorista Dental			
Profesor Ed. Física			
Terapia Ocupacional			
Ed. Párvulos			
Técnico Paramédico			
Técnicos de Nivel Superior en Salud TENS (para todas las funciones requeridas)			
Auxiliares			
Of. Administrativo			
Otros (especificar)			

d. Programa de Capacitación

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

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

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

e. Propuesta Plan de Trabajo: "Proceso Programático"

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

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

CAPÍTULO VI. PROCESO PROGRAMÁTICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

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

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

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

ILUSTRACIÓN 14: DIFERENCIA ENTRE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN OPERATIVA FUENTE: ELABORACIÓN PROPIA

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

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

Estimación de cuidados primarios:

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

- Estimación de procedimientos.
- Estimación de Interconsultas al nivel de mayor complejidad
- Estimación de atenciones resueltas por Salud Digital.

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

b. Oferta de recursos
Oferta de horas técnico-profesional para entregar cuidados primarios.

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

6.1. MATRIZ DE PROGRAMACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

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

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

Los datos se presentarán en una planilla programática, que es el instrumento de programación operativa que contiene esta cartera de prestaciones[35] considerando además aquellas actividades de programas de reforzamiento.

Definiciones técnicas:

Actividades: Las actividades corresponden a las acciones que se deben implementar para alcanzar los objetivos propuestos. Identifica qué se va a hacer.

Población: grupo de personas a la que va dirigida la actividad

Cobertura: Porcentaje de población a asistir

Concentración: Número de veces que una determinada actividad se realiza en un año

Instrumento: Profesional o técnico que ejecuta las actividades.

Rendimiento: Número de veces que se realiza un tipo de actividad durante una hora cronológica

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

Asimismo, el contexto epidemiológico y sanitario a nivel nacional o territorial puede llevar a que los

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

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.

6.1.1. ACTIVIDADES A PROGRAMAR

Las actividades corresponden a las acciones que se deben implementar para

Alcanzar los objetivos propuestos y deben ser pensadas para abordar integralmente el problema de salud. Se pueden clasificar de la siguiente manera:

a. Actividades de Promoción de la salud

Ejemplos:

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

b. Actividades de Prevención y Protección Específica.

Ejemplos:

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

c. Actividades de curación y rehabilitación.

Ejemplos:

- Diferentes consultas para atender la morbilidad por cada profesional del equipo de salud en establecimiento o domicilio.
- Telemedicina*
- Educación grupal e individual a los portadores del problema de salud.
- Actividades lúdicas y físicas tendientes a promover el auto cuidado y autoestima de los usuarios con problemas de salud.
- Creación de grupos de autoayuda.

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

Ejemplos:

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

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

Ejemplos:

- Campaña de difusión del Programa en el servicio y en la población
- Reuniones de coordinación en los niveles estratégicos, tácticos y operativos
- Reuniones de Planificación, seguimiento y evaluación
- Reuniones de trabajo intersectorial incluyendo a población niños, niñas, adolescentes y jóvenes(NNAJ) que pertenecen a programas del Servicio Nacional de Menores (ambulatoria, residencia y otros)
- Jornadas de Capacitación sobre el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) en el Establecimiento de Atención primaria.
- Reuniones clínicas de los diferentes estamentos/profesiones de cada Centro de Salud Familiar. Corresponderá a la Dirección de cada Centro de Salud, la definición de frecuencia, duración y protocolos para la realización de éstas.

f. Actividades de desarrollo del Modelo de Salud Familiar

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

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

- A quién se dirige la actividad (sano o enfermo)
- Cómo la definimos conceptualmente
- Quién la ejecuta: como recurso principal (Médico, Enfermera u otro), como recurso alterno o como recurso simultaneo, etc.
- Cómo se debe realizar (descripción del procedimiento)
- Cuántas veces se ejecuta. Esto es lo conocido conceptualmente como concentración de la actividad. En el caso del Control del Recién Nacido la concentración es 1. Esto quiere decir que el niño debe tener un control de salud en el periodo de neonato.
- Se debe también determinar el rendimiento de la actividad de acuerdo a estándares ya definidos o readecuados a nuestra población. El rendimiento como se mencionó anteriormente expresa el tiempo que utiliza el recurso humano para realizar la actividad. Por ejemplo, en la Consulta de morbilidad está establecido que el médico vea a 4 paciente por hora o que le destine 15 minutos por usuario, no obstante, ese rendimiento debe tener relación con la posibilidad de ofrecer una solución efectiva al problema de salud que motiva la consulta. En la educación grupal generalmente está establecido desarrollar una actividad educativa en una hora. Las consultas programadas por Telemedicina deberán regirse por un rendimiento sugerido de 3 consultas por hora para la modalidad sincrónica y 6 consultas por hora en modalidad asincrónica, resguardando el proceso de referencia y contrarreferencia.

6.1.2. EJEMPLO MATRIZ DE PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

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

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

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

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

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

6.2. PROPUESTA PLAN DE TRABAJO "PROCESO PROGRAMÁTICO"

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

Actividad	Cobertura	Concentración Anual	Rendimiento				
Consulta morbilidad	100%	Infancia y personas mayores 2 Otros 1	P1	P2	P3	P4	P5
			3	3	3	3	3
Control de salud menor de 1 año	100%	8	1.5 -2 Hasta 6m	1.5 - 2 Hasta al 1 año			
Control de Salud Integral de Adolescentes (10 a 19 años) * 1	100%	1	2	2	2-1	2-1	1
EMP (Examen de medicina Preventivo)	33%	Adulto 1 cada 3 años	-	-	2	3	3
	100%	Adulto mayor 1					1.5
Control de crónicos *	100%	Diabetes Mellitus II 4	2	2	2	2-3	2-3
	100%	Hipertensión arterial 4	2	2	2	2-3	2-3
	100%	Asma, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 2-3	2	2	2	2	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 Control integral 4 Seguimiento a distancia 6	Ingresos 1 Controles 1.3 Seguimiento a distancia 4				
	Ver detalle según nivel de riesgo en apartado 6.2.1. a) cuidado integral centrado en la persona Rendimientos, 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 *2	100 % Ingreso	1	0,75	0,75	0,75	0,75	0,75
	100% seguimiento	6	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Control ginecológico preventivo (20 -64 años) considera Examen de medicina Preventivo. *2	33%	1	-	-	2	2	2
Control preconcepcional *2	100%	2	-	-	-	2	2
Atención por Salud Digital	Estimación por referencia a especialidad del año anterior	2					3
Consejería familiar	20% familias en riesgo	3					2-3
Consejería familiar integrante con condición crónica	20% familias en riesgo y con integrante con condición crónica	3					2-3
Consulta kinésica	Infancia 100 % Ira baja < 5 años	3,25	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3
	Infancia 100 % ingreso asma	1	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3
	Adulto y Adulto Mayor 100% EPOC	2	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3
	Adulto y Adulto Mayor 100% ASMA	2	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3
	20 a 30 % Rehabilitación pulmonar (paciente Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	26	-	-	-	1	0,75
	Otros diag. Respiratorios	1	2	2	2	1	1

Actividad	Cobertura	Concentración Anual	Rendimiento				
Consulta kinésica	Adulto Mayor 30-50% neumonía adquirida en la comunidad (NAC)	3,25	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3
Consulta nutricional	100% adulto según prevalencia u observado	1	-	-	-	-	3
Consejería Salud Sexual Reproductiva	100% Adolescentes 10 a 19 años que presentan riesgo en salud sexual reproductiva	2	-	-	2	2	2
Consejería salud mental**	80% de la población	1	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3
Intervención Psicosocial Grupal**	17% de la población potencial con trastornos mentales.	4-6	1-0.66	1-0.66	1-0.66	1-0.66	1-0.66
Consulta de Salud Mental**	17% de la población potencial con trastornos mentales.	1-2	1.5-2	1.5-2	1.5-2	1.5-2	1.5-2
Control por Psicólogo**	17% de la población potencial con problemáticas de salud mental y/o trastornos mentales.	4-6	1.5	1.5	1.5	1.5	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	1,5-2	1,5-2	1,5-2	1,5-2
Intervención comunitaria en establecimientos educacionales	1%	2-4	1-0.66	1-0.66	1-0.66	1-0.66	1-0.66
Consultorías en la APS desde el equipo especialidad de salud mental**	12 consultorías por cada centro de APS (CESFAM y Hospitales Comunitarios)	12 consultorías anuales	0.25	0.25	0.25	0.25	0.25
Colaboración con grupos de autoayuda	70% de los grupos de autoayuda del centro de APS recibe asesoría por parte del equipo de salud.	3-6	1-0.66	1-0.66	1-0.66	1-0.66	1-0.66
Primeros auxilios psicológicos (PAP)**	100% de los usuarios que solicitan la intervención	1	2-3	2-3	2-3	2-3	2-3

** De acuerdo con la prevalencia observada y al riesgo

*1 En el Control de Salud de Adolescentes realizado de manera remota el rendimiento es de 2 por hora. Cuando se realiza de manera presencial (Control de Salud Integral), se estima un rendimiento de 1 por hora, dado que se incorpora la aplicación de tamizaje para pesquisa de consumo de sustancias e intervención, motivacional.

*2 El rendimiento propuesto responde al uso de box y no al tiempo que dura la atención para el usuario, en donde la duración de la actividad se mantiene.

Actividades	% Cobertura	Concentración	Estándar de rendimiento				
Control odontológico de niños y niñas menores de 10 años.	48% de niñas/os menores de 10 años en control con enfoque de riesgo odontológico (CERO). Se prioriza población menor de 7 años.	2 *3			2 - 3 *4	2 - 3 *4	2 - 3 *4
Control odontológico de adolescentes	20% adolescentes de 10 a 19 en control odontológico	2 *3			2 - 3 *4	2 - 3 *4	2 - 3 *4
Morbilidad odontológica/ Tratamiento Odontológico	25% de población general. Se priorizan GES, adultos y personas mayores del PSCV	1,5				2	2
Consulta Urgencia Odontológica (GES)	2,5% población general	1	2	2	3	3	3

*3 Se considera en promedio 2 controles al año, pero el número de controles varía según edad y riesgo.

*4 El primer control de cada año tiene un rendimiento de 2 por hora. Los siguientes controles en el año tienen rendimiento de 3 por hora.

En área Odontológica, se debiese aumentar la cobertura de la población infantil y adolescente para controles preventivos, considerando que las patologías bucales en su mayoría son crónicas y tienden a aumentar en prevalencia y severidad con la edad. Al aumentar los controles preventivos se puede tener más impacto en la salud de la población, anticipándose al daño, al implementar medidas preventivas según riesgo de enfermar. Por otro lado, las consultas de morbilidad/tratamiento se distribuyen en forma más equitativa, de acuerdo a la necesidad de la población consultante. Es importante el trabajo interdisciplinario de todo el equipo de salud para la prevención y control de las patologías crónicas.

En el escenario de encontrarnos en un nuevo contexto de pandemia, los rendimientos sugeridos debiesen ser ajustados según la realidad epidemiológica y sanitaria de cada comuna, considerando Las necesidades específicas de quienes padecen enfermedades con importante carga de morbilidad y mortalidad, priorizando las atenciones de salud, según el nivel de riesgo de complicaciones de las personas que conforman su población a cargo. Así se sugiere implementar la modalidad de atención (presencial o remota) de acuerdos a lineamientos a nivel central.

Desde el punto de vista de seguridad asistencial debiese resguardar las Normas de Precauciones Estándar, aseo y desinfección de las unidades, Normas de seguridad asistencial, manteniendo una programación de las agendas concordante con la situación epidemiológica actual.

En las salas de espera y recepción de pacientes se sugiere: Diferir horarios de atención si el espacio es limitante para mantener el distanciamiento necesario, mantener e instalar solución en base alcohol para la higienización de manos, instalar infografía desechable con el propósito de educar a los usuarios respecto a uso de mascarilla y el distanciamiento físico, recomendar a los usuarios citados a la atención no acudan acompañados, excepto que necesiten asistencia u otro motivo que lo justifique.

En el SOME y unidades de atención usuarios, se sugiere: el uso obligatorio de mascarillas (de existir 2 o más personas), deberán contar con barreras físicas que permitan su protección frente a gotitas (pantallas de protección o vidrios) y medidas de distanciamiento físico en lo posible.

Importante mantener el distanciamiento físico, garantizar aseo y desinfección de los baños públicos, en horarios definidos, mantener la higiene y desinfección del box, todo de acuerdo normativa vigente.

En el caso del box dental, se sugiere que aquellos Box que cuenten con más de un sillón, implementen barreras de separación total entre sillones, como láminas de acetato y/o vidrios, de superficies lavables, considerar al menos un metro por sobre la cabeza del paciente durante toda la atención.

En caso de realizar procedimientos con generación de aerosoles de riesgo de infección, se sugiere que en pacientes confirmados de COVID-19 o con criterios de sospecha clínico epidemiológico (clave entrevista previa), se recomienda los recambios de aire o ventilación, dependiendo si cuenta con ventanas y puertas y/o sistema de extracción de aire, así como de las condiciones generales de ventilación del box. (salas Respiratorias)

En caso de que no se realicen procedimientos con aerosoles, ejecutar aseo y desinfección de superficies de alto contacto entre paciente y paciente, todo lo señalado considerando la normativa vigente.

6.2.1. DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES

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

Se entiende cada instancia de encuentro con la persona, como una posibilidad de definición de objetivos terapéuticos consensuados en conjunto que definirá derivaciones según las necesidades que se prioricen en ese ingreso o control según el estado de salud con que acuda la persona y no un protocolo de atención y derivación estandarizado que no incorpore a la persona en la toma de decisiones. En donde programar atenciones para personas con multimorbilidad no es más que reflejar el modelo de salud familiar en una planilla, dado el enfoque en la persona y el entorno que este tiene.

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

Actividades y coeficientes técnicos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prestaciones	Tipo de Atención	Modalidad de Atención	Descripción
Examen de Salud Odontológica	Diagnóstico	Individual	Diagnosticar estado de salud bucal y plantear plan de tratamiento. Cada ingreso a tratamiento debe incluir el examen de salud bucal y registro COPD/ceod. También incluir "Examen Periodontal Básico (EPB)", cuando corresponda. Puede realizarse en el establecimiento de salud, domicilio, establecimiento educacional u otro lugar adaptado para ello.
Educación Grupal Odontológica	Promoción	Grupal	Sesión educativa dirigida a grupos específicos, en el centro de salud o fuera de él, a un grupo de 5 o más personas.
Consulta Odontológica Preventiva/Control con Enfoque de Riesgo Odontológico	Prevención	Individual	Esta prestación incluye anamnesis, examen, educación individual con instrucción de higiene. Pulido coronario, aplicación de flúor barniz y sellantes, según corresponda. Un usuario puede recibir uno o más controles odontológicos al año, según su riesgo odontológico. Puede realizarse en el establecimiento de salud, domicilio, establecimiento educacional u otro lugar adaptado para ello.
Consulta Morbilidad/ Tratamiento Odontológico	Tratamiento	Individual	Esta prestación incluye anamnesis, examen y medidas terapéuticas (destartraje supra y subgingival. amalgamas, obturaciones estéticas, obturaciones de vidrio ionómero, pulpotomía y exodoncia), según corresponda. Un usuario puede recibir una o más consultas de morbilidad odontológica en un año.
Radiografías Odontológicas	Diagnóstico	Individual	Esta prestación incluye radiografías retroalveolares, bite-wing y oclusales.
Consultas Urgencias Odontológicas	Tratamiento	Individual	Actividades realizadas en el tratamiento de la urgencia. Exodoncias y procedimientos médicos- quirúrgicos tales como: Tratamiento GUNA, complicación post exodoncia, pericoronaritis, pulpitis, tratamiento de traumatismo dentoalveolares, trepanación, ferulización, aseo quirúrgico o curetaje alveolar, sutura, drenaje de absceso submucoso u otro, diagnóstico de flegmón orocervical de origen odontogénico, indicación de radiografías, prescripción de fármacos y otras actividades propias del tratamiento de urgencias).
Atención Odontológica Domiciliaria	Tratamiento	Individual	Examen clínico y diagnóstico de salud bucal. Consejería de hábitos de higiene oral y hábitos saludables. Instrucción de higiene. Pulido coronario y destartraje. Aplicación de flúor barniz y sellantes. Obturaciones mediante utilización de Técnica ART o Tratamiento convencional. Ajuste y/o rebasado de prótesis. Exodoncias simples. Resolución de urgencias.

c. Actividades de salud mental en la atención primaria

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

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

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.
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
Consejería salud mental	Prevención	Individual / Grupal	Informativas, familiares, intervenciones en crisis, Intervenciones breves y motivacionales (Alcohol y drogas)	Cualquier miembro del equipo de salud

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

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

6.3. ESTIMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS Y DEMANDA EN APS

6.3.1. Estimación de recursos necesarios

La programación de actividades debe conducir a estimar las horas técnico-profesionales para otorgar los cuidados primarios a la población a cargo como elemento central para la organización de los establecimientos de atención primaria. Este resultado del proceso programático debe constituir un elemento primordial a la hora de gestionar el recurso humano en salud y organizar las actividades de los centros y dispositivos. En efecto, la determinación de la brecha técnico-profesional es un diagnóstico organizacional que debe movilizar a directivos y entidades administradoras de APS al diseño de un plan a corto, mediano y largo plazo de cierre de brecha de recurso humano. Por estos motivos, la programación de actividades, debe ser un proceso realizado en forma reflexiva, coherente, ajustada a la población y realidad local, que tenga tendencia al incremento de cobertura y prestaciones cuando el establecimiento está alejado de los coeficientes técnicos emanados de las normas y programas de nivel central.

La estimación anual de recurso humano debe realizarse en forma correcta de tal manera que se constituya en insumo para las gestiones pertinentes de directivos y entidades administradoras. En relación a lo anterior, resulta necesario ilustrar lo siguiente: el cálculo del desempeño difícil urbano, rural y de SAPU de APS considera la Dotación de atención primaria de salud municipal como el nú-

mero total de horas semanales de trabajo del personal que cada entidad administradora requiere para su funcionamiento (Art. 10 ley N° 19.378). De acuerdo con la Contraloría General de la República, se ha entendido que la dotación del decreto de desempeño difícil es una estimación del número total de horas semanales señaladas. Lo descrito anteriormente, es un ejemplo de aplicabilidad del proceso programático, en donde resulta primordial que los propios equipos que pueden ser beneficiarios del incentivo realicen una programación correctamente ejecutada, que finalice con una estimación de recurso humano y que sea de conocimiento de todo el equipo de salud, directivos y entidades administradoras.

6.3.2. Estimación de la demanda[36]

La programación de actividades nos plantea el gran desafío de abordar la demanda de nuestros usuarios principalmente respecto a prestaciones que pueden tener un comportamiento variable, por ejemplo: morbilidades médicas, morbilidades ginecológicas consultas de urgencias odontológicas y descompensaciones patologías crónicas.

En el intento de anticiparse a estas demandas y poder programas los recursos para abordarlas, se realiza una estimación de la demanda. En este sentido, se utilizan las Series de tiempo para pronósticos a corto plazo, corresponde a una lista de datos recogidos en el tiempo, y se basa en la suposición de que la historia predice el futuro de modo razonable. Es decir, las atenciones realizadas el año anterior sirven para estimar o pronosticar las atenciones requeridas del año en curso. Existen varios modelos y métodos de series entre los que se puede elegir:

a. Enfoque simple o pronóstico empírico

Es uno de los métodos más sencillos, utiliza el último dato como pronóstico para el siguiente período. Como ejemplo, el número de consultas pediátricas en menores de un año del año 2020 es igual al número de consultas de este mismo rango etario de 2019. Si las consultas pediátricas realizadas en enero fueron 150, la demanda pronosticada para febrero será 150 consultas.

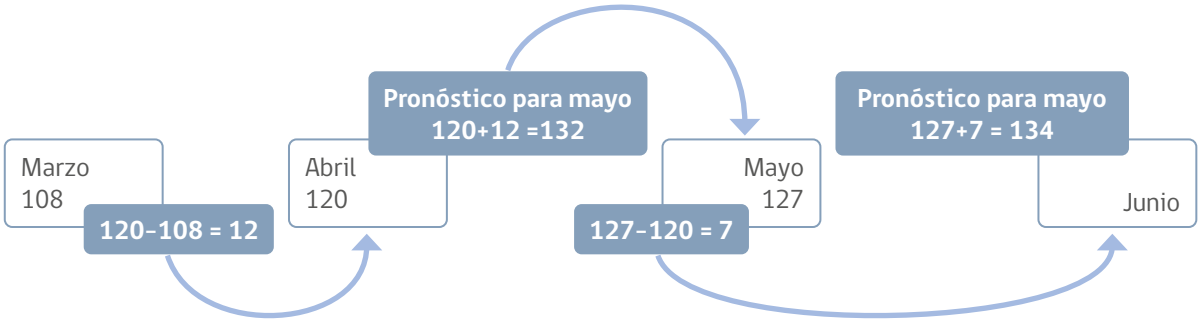
Este método puede considerar la tendencia de la demanda, en donde el aumento (o disminución) observado en la demanda de los dos últimos períodos se usa para ajustar la demanda actual con el fin de elaborar un pronóstico.

Ejemplo:

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

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

[36] Guerrero A. Unidad II "Pronóstico de la demanda". Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey (ITESM). Disponible desde: https://www.coursehero.com/file/22478899/pronosticodeladema nda/



b. Estimación del promedio:

El patrón horizontal de una serie de tiempo se basa en promedio de la demanda. Por lo tanto, el pronóstico se obtendrá sacando la media aritmética de un grupo de datos a través del tiempo. Por ejemplo, se cuenta con el registro de horas de uso de sala ERA en las últimas 10 semanas. ¿Cuántas horas se ocuparán la semana 11?

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

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

Promedio de horas uso sala ERA =

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

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

c. Promedios móviles:

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

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

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

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

Donde:

Dti = demanda observada en cada uno de los períodos t

n = número total de períodos incluidos en el promedio.

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

Recordemos el ejemplo de uso de horas de sala ERA.

Ejemplo 3:

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

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

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

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

6.4. EVALUACIÓN Y MONITOREO

En general, los objetivos de una evaluación son:

1. Establecer el grado de pertinencia, idoneidad, eficacia, eficiencia y efectividad.
2. Determinar razones de éxito o fracaso.
3. Facilitar las decisiones.
4. 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.

CAPÍTULO VII. COORDINACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN CENTRADO EN EL USUARIO

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

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

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

Existen mecanismos de coordinación administrativo-asistencial, entre los cuales se destacan: protocolos resolutivos en red, gestión de casos y sistema de referencia y contrarreferencia. Estas herramientas apuntan a mejorar la eficiencia de los servicios a través de un enfoque integrado de cuidados los cuales deben ser utilizados, potenciados y actualizados constantemente para que otorguen valor a la red y permitan mantener la continuidad de los cuidados de nuestros usuarios, logrando así la resolución integral de los problemas de salud. Además, deben utilizarse de manera organizada, ágil, eficiente y eficaz, con apoyo fundamental de tecnologías de la información.

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

El Sistema de Referencia y Contrarreferencia corresponde al conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutiva y la contrarreferencia de éste a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

Para una mayor eficacia de este sistema, entre los distintos niveles de atención deben existir Protocolo de Referencia y Contrarreferencia los cuales son instrumentos de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial.

Estos instrumentos deben ser construidos en conjunto considerando las carteras y la capacidad resolutiva de los distintos establecimientos y dispositivos de la Red, además considerando las Macro Red o establecimientos de referencia nacional.

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

Contrarreferencia:

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

La Contrarreferencia se ejecuta en dos momentos, siendo obligatoria la segunda.

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

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

El documento de contrarreferencia debe contar con los siguientes datos:

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

Para evaluar si la referencia está siendo Pertinente, esta debe ser monitorizada para generar las estrategias de mejora necesarias. Definiremos y mediremos como Pertinencia a la derivación de acuerdo a los protocolos de referencia y contrarreferencia de la red.

Se pueden identificar dos tipos de No Pertinencia:

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

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

7.1. RECOMENDACIONES DE COORDINACIÓN

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

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

7.2. SOSTENIBILIDAD DE UNA INTERVENCIÓN DISEÑADA PARTICIPATIVAMENTE POR LA RED. EXPERIENCIA EN LA RED ASISTENCIAL DEL SERVICIO METROPOLITANO NORTE[37]

EXPERIENCIA DE PROGRAMACIÓN EN RED:

En los sucesivos documentos de Orientaciones para la programación de la red de los años 2018, 2019 y 2020 se ha venido dando cuenta del Estudio Equity LA II[38] y de la experiencia de un proceso de investigación acción para la mejora de la coordinación de la atención, que tuvo lugar especialmente entre los años 2015 - 2019 en la Red del SSMN. En el presente informe la mirada es sobre los resultados y la sostenibilidad de intervenciones que fueron diseñadas e implementadas participativamente y perduran. Podemos decir hoy que las Consultorías Virtuales y videoconferencias son uno de los principales mecanismos de coordinación internivel de la red del SSMN.

Un factor clave: Es importante recordar que este proceso se hizo viable a través de la conformación y funcionamiento sostenido entre 2015 y 2019 de un espacio participativo de conducción del estudio, el **Comité Conductor Local** (CCL), integrado por actores de todos los niveles, Direcciones de salud comunal (APS) de tres comunas, Hospital San José y más tarde Hospital Roberto del Río e Instituto Nacional del Cáncer, Dirección del SSMN como gestor de red y la Escuela de Salud Pública. Este colectivo fue el responsable del acompañamiento y toma de decisiones a lo largo de todo el proceso donde, en una dinámica y con metodología de Investigación Acción Participativa (IAP), y a partir de un diagnóstico inicial, se seleccionaron dos intervenciones factibles de implementar para contribuir a la resolución de dos problemas priorizados en la línea de base del estudio[39] [40](Falta de visión compartida de la red y limitada confianza y comunicación entre médicos y profesionales de los distintos niveles).

La identificación, priorización de los problemas, como el diseño e implementación de las intervenciones tuvo lugar en el contexto de este proceso de trabajo participativo, de construcción colectiva y horizontal. Se diseñaron e implementaron dos intervenciones principales a saber: Las visitas interniveles en el marco de un programa de inducción al trabajo en red y las consultorías virtuales.

---

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

[38] El proyecto, denominado "Impacto de las estrategias de integración de la atención en el desempeño de las redes de servicios de salud de América Latina" tuvo como objetivo "Evaluar la efectividad de diferentes estrategias de integración de la atención en la mejora de la coordinación y la calidad de la atención en las Redes de Servicios de Salud en distintos sistemas de salud de América Latina".

[39] Vázquez ML et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different healthcare systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/135879/Evaluating-the-effectiveness-of-care-integration-strategies.pdf?sequence=1&isAllowed=y

[40] Miranda-Mendizábal A, et al. Conocimiento y uso de mecanismos de coordinación clínica de servicios de salud de Latinoamérica. Gaceta Sanitaria. 2020;34(4):340-349

Cabe señalar que el CCL más allá de los tiempos del proyecto se ha mantenido como espacio de coordinación y ha sido reconocido como un actor importante para la red del SSMN, su incorporación como estructura de articulación ha sido planteada en estos años, pero por diversas razones no ha llegado a concretarse y es un desafío aún por alcanzar su espacio junto al estilo de trabajo participativo y horizontal sigue mostrando ser una ruta efectiva para la búsqueda de soluciones entre niveles, en torno a diagnósticos compartidos, cuya perspectiva común es enfrentar las necesidades de las y los usuarios/as en el centro de la preocupación. Importante destacar también que los vínculos construidos en el proceso han potenciado la coordinación relacional (Gittell 2002), vital para la colaboración entre niveles asistenciales.

En las orientaciones técnicas para la planificación y programación en Red de 2018 y 2019 se han ido actualizando los avances de las intervenciones mencionadas, es importante mencionar que este hecho ha contribuido a avanzar en su institucionalización, consolidando su programación y resguardo de recursos en la red. Queremos seguir compartiendo resultados e impacto en indicadores locales, resaltar también a nivel internacional los resultados de evaluación de las distintas experiencias del Proyecto a nivel internacional que continúan mostrando la potencia de proceso de IAP como el que ha tenido lugar[41] [42].

De las intervenciones implementadas, las Consultorías virtuales son las que actualmente se encuentran institucionalizadas en la red, con los mayores niveles de sostenibilidad; el fortalecimiento del trabajo en red generado a partir de dichas intervenciones ha permitido durante este tiempo seguir fortaleciendo los vínculos y la coordinación entre niveles. A continuación, una descripción de su evolución en el tiempo, destacando en 2020 su aporte a la coordinación en el contexto de la pandemia COVID-19.

LAS INTERVENCIONES

- Videoconferencias y Consultorías Virtuales:

De forma ininterrumpida se realizan desde el primer año de implementación hasta la fecha (2017-2020). A partir de 2018 se diferencian las consultorías virtuales de las videoconferencias. Las primeras buscan un diálogo personalizado, donde equipos de APS de dos comunas por vez discuten sus casos con equipos de atención ambulatoria de distintas especialidades del Hospital San José. Por su parte las videoconferencias se refieren a intercambios donde participan equipos de todas las comunas, en sesiones colectivas de intercambio con equipos de las especialidades. Ambas actividades se coordinan a través de un WhatsApp que mantiene en comunicación a equipos de ambos niveles asistenciales.

a. Videoconferencias: Estas instancias de frecuencia quincenal iniciadas en 2017 se programan desde inicio de año, para la comunicación entre médicos y equipos de ambos niveles. Se conecta virtualmente APS de manera sincrónica desde los CESFAM de todas las comunas de la red del Servicio de Salud Metropolitano Norte (SSMN) con equipos de diversas especialidades del Hospital

San José y con participación de referentes del SSMN. Bajo la coordinación de la Unidad de enlace de

[41] Vargas I. et al Can clinical coordination be improved through Participatory Action Research (PAR) interventions? European Journal of Public Health, Volume 29, Issue Supplement_4, November 2019, ckz186.363, https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz186.363

[42] Vargas I., Eguiguren P. et al. Understanding the factors influencing the implementation of participatory interventions to improve care coordination. An analytical framework based on an evaluation in Latin America Health Policy and Planning, 2020, 1–11doi: 10.1093/heapol/czaa066Available

dicho hospital, la actividad consiste en la presentación de temas que han sido consensuados previamente entre niveles, (a través de una consulta para su priorización). Los equipos de APS participan con la presentación de casos relacionados al tema abordado, intercambiando a través de la plataforma (chat, video y audio) sus inquietudes y sus visiones, debatiéndose en cada oportunidad aspectos de la coordinación de la gestión clínica entre niveles y otros de la coordinación de la información o gestión administrativa vinculados al tema en discusión. A partir de esta actividad, se han proyectado coordinaciones específicas, como visitas en terreno, mejoras a procesos de coordinación y necesidades de ajuste, creación o actualización de protocolos de referencia y contrarreferencia, que son canalizados luego a instancias formales de la red como las UGRL (Unidades de Gestión de Red Local), para su validación y formalización.

b. Consultorías Virtuales: A partir de 2018 funcionan en paralelo a las videoconferencias. En ellas se conecta el equipo de la especialidad con solo dos comunas por consultoría. Estas instancias tienen frecuencia mensual, rotando la comunicación en el territorio y se realizan semanalmente desde el Hospital participando varias especialidades. Su objetivo es la resolución de dudas y/o casos específicos, que son preparados y presentados habitualmente desde APS. Al igual que las videoconferencias tienen calendario conocido desde inicio de año. En el año 2019 se mantuvo su realización participando las siguientes especialidades: Cardiología, Diabetes, Urología, Fisiatría y Pie Diabético y Broncopulmonar. Cabe resaltar este último tipo de Consultoría, que ha permitido coordinar equipos de pie diabético entre equipos de ambos niveles y que desde el Hospital San José el equipo comenta ha sido producto también del impacto que estas actividades han tenido en la propia articulación intranivel para enfrentar las necesidades que surgen de esta comunicación y vínculo con APS en espacios participativos.

Desde 2017 - primer año de su implementación, a la fecha se han realizado 19 videoconferencias por año junto a 28 y 38 consultorías virtuales en 2018 y 2019 respectivamente. Participan un conjunto de 12 especialidades y en 2019 se registró la primera videoconferencia odontológica. Desde APS participan todas las comunas de la red del SSMN, con un promedio de participantes por videoconferencia que ha crecido desde 33 a 65 (2017- 2019). El número total de participantes, cuya asistencia se relaciona con la transversalidad de los distintos temas tratados, alcanza anualmente cerca de 400 profesionales. Hay importante participación de equipos médicos, integrándose progresivamente profesionales de otras disciplinas en la comunicación entre equipos. Las y los médicos representan cerca del 70% de participación total en esta actividad, constituyendo un espacio de actualización muy relevante, donde los testimonios en sus evaluaciones muestran como la actividad favorece un importante factor de coordinación: la comunicación, vínculos y confianza[43], generando acciones colaborativas entre profesionales de ambos niveles que resultan ser experiencias muy estimulantes para los equipos y que se traducen en impactos positivos directos para la continuidad de la atención de las y los pacientes. Indicadores de pertinencia han mejorado en el período, así como se ha registrado un aumento de envío de contrarreferencias y recepción por parte de APS.

Consultorías Virtuales desde INCANCER: esta modalidad de consultoría nace como una de las variantes a partir de las primeras intervenciones, parte en 2018 y apunta a recoger la experiencia de coordinación y las redes instaladas y orientar esfuerzos en la detección precoz de pacientes con cáncer, de la mano de una gestión oportuna de su ruta de atención dentro de la red del SSMN.

[43] Vázquez ML et al. Doctors' experience of coordination across care levels and associated factors. A cross-sectional study in public healthcare networks of six Latin American countries. Social Science & Medicine 2017; 182: 10-19. Doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.04.001.

Esta modalidad de consultoría partió comunicando a médicos(as) de APS con especialistas de INCANCER y promoviendo el análisis conjunto de casos con factores de riesgo o sintomatología sugerente de cáncer que requieren de un procedimiento endoscópico oportuno[44]. El espacio se fue ampliando con la incorporación sucesiva de comunas y centros y la participación permanente del equipo de enlace del Hospital San José, hospital base de la red y parte clave en el flujo de derivación y diagnóstico de pacientes con cáncer de la red del SSMN.

Durante 2019 se abrieron ciclos sucesivos de análisis de la experiencia y levantamiento de aspectos de la coordinación internivel e intranivel (entre centros de nivel especializado) para asegurar el adecuado flujo y oportunidad de tratamiento de estos pacientes. Se han utilizado los mismos recursos disponibles de las otras modalidades de consultoría y videoconferencias para conectar a médicos/as de APS, especialistas INCANCER, más referentes de HSJ y de coordinación y enlace para el apoyo y seguimiento de los casos. La frecuencia de estas consultorías es semanal debiendo adecuarse a fines de 2019 y 2020 a las contingencias nacionales (estallido social y actualmente pandemia COVID-19) implementando una modalidad asincrónica para que aquellos casos que cumplen con los criterios consensuados puedan ser derivados, y oportunamente evaluados por especialista, resueltos y/o coordinada su contrarreferencia. Las situaciones vividas por el país si bien han afectado el crecimiento que venía dándose la intervención se mantiene y se espera retomar la modalidad sincrónica en la medida que la demanda de APS por pandemia permita destinar estos tiempos. La última evaluación realizada, a junio 2019, recogió un aumento de la pertinencia de la indicación del procedimiento de los casos presentados, subiendo desde una primera medición de un 70% (2018) a un 76% (2019). El porcentaje de pesquisa de cáncer se redujo de un 28% en período piloto a un 11% en período evaluado en 2019, en ese año se registró un 50% de casos con hallazgo de lesiones premalignas; lo que muestra una tendencia positiva respecto de la contribución que una experiencia de este tipo tendría en "llegar antes" al diagnóstico y manejo de la patología oncológica; con el gran impacto sanitario en años de vida y calidad de vida que aquello supone, dada la naturaleza de esta enfermedad. En la línea de las consultorías orientadas al flujo de pacientes oncológicos, durante el último año se amplió también considerando horario semanal para casos de cáncer urológicos, coordinadas desde el equipo de enlace del Hospital San José, con participación de especialista y equipo de enlace de dicho Hospital e Incancer; lo que ha fortalecido la coordinación y continuidad de atención de aquellos pacientes que pueden acortar sus tiempos de diagnóstico y tratamiento, con base en la colaboración y manejo conjunto de los casos entre médicos(as) APS, especialistas del Hospital Base y el Instituto.

Con base en estos años de experiencia, es altamente recomendable considerar consultorías virtuales sincrónicas en que los niveles y dispositivos involucrados en el proceso diagnóstico, de etapificación, tratamiento y seguimiento de pacientes oncológicos definan en conjunto, la ruta más óptima y acuerden los procesos de gestión clínica y administrativa vinculados a dichos pacientes.

Un aspecto a considerar hacia el futuro es cómo ello se adecúa en los modelos de financiamiento hospitalario, para que promuevan también la colaboración y no la competencia en torno al manejo de este tipo de casos.

[44] Detalles de su instalación en Orientaciones 2020

Las consultorías virtuales en contexto COVID-19

El enorme potencial de esta intervención que actualmente constituye un mecanismo relevante de coordinación para esta red, ha sido comentado en orientaciones anteriores y sigue constatándose y diversificándose, particularmente en el contexto actual de pandemia COVID-19 han surgido aportes muy relevantes y nuevas posibilidades que queremos compartir en esta ocasión por su relevancia:

- En relación a las Videoconferencias y Consultorías Virtuales del Hospital San José, su programación se ha ajustado, permitiendo coordinar el manejo de pacientes complejos ayudando a evitar que pacientes tengan que acudir a atenderse a través del servicio de urgencia. Se han hecho más patentes su contribución a la comunicación entre niveles y su efectividad para resolver en conjunto los casos más complejos. **Han contribuido a disminuir la exposición de contagio a pacientes de riesgo**, ya que no solamente se ha resuelto un mejor y más adecuado tratamiento, sino que también se han asegurado horas y espacios para que los pacientes puedan ser atendidos y evaluados por especialistas a tiempo y de manera más segura.
- Consultoría virtual de orientación en el manejo de pacientes en APS, permitiendo reducir derivaciones y riesgo para los pacientes en período de pandemia. En este punto Hospital San José, amplió horarios y espacios de contacto con diversos especialistas para que equipos de APS se apoyen en el manejo de sus pacientes en el nivel primario. Se incorporó regularmente en esta fase para las Consultorías de la especialidad de Broncopulmonar COVID-19, generando un espacio de consultas específicas con esta especialidad.
- Realización de una Videoconferencia con participación de un infectólogo y del referente del SSMN en el mes de marzo, con asistencia de más de 100 profesionales de APS.
- A través de las consultorías se logró coordinar atenciones que podrían haber requerido hospitalización o atención en servicio de urgencia, logrando coordinar integrada con el equipo de hospitalización domiciliaria, resolviendo por ejemplo casos de tratamiento endovenoso en infecciones urinarias resistentes, curaciones avanzadas en casos de pie diabético entre otros.
- Instalación de Telecomité oncológico multidisciplinario: el uso de la herramienta de comunicación de las consultorías, ha permitido abordar la participación de especialistas en comité oncológico, sin generar riesgos de contagio para el personal; promoviendo el desarrollo de esta línea de telemedicina.
- Dentro del contexto COVID y frente a la imposibilidad de otorgar prestaciones presenciales de especialidades pediátricas el HRR se ha planteado a necesidad de dar atención a través de otras modalidades, surgiendo consultorías con centros de APS en Dermatología y Pediatría.

Como en versiones anteriores, en relación a los principales recursos involucrados en el desarrollo de estas intervenciones queremos compartir nuevamente en esta actualización los requisitos básicos y comentar aspectos importantes desde la experiencia:

Recursos Tecnológicos: Plataforma de comunicación sincrónica o recurso web, conectividad web que soporte la transmisión de audio y video en línea. Cada equipo que se conecte desde el territorio debe contar con computador, micrófono, cámara web y conexión a internet. El dispositivo permite la comunicación verbal, la identificación de cada actor de la red y el conocimiento de los equipos, pudiendo además generarse discusión y comunicación escrita, vía chat en la plataforma; que permite además construir narrativas y sistematización. En este período la plataforma la ha provisto la Escuela de Salud Pública, generando perfiles de ingreso de acuerdo a las distintas versiones de la estrategia, en un espacio exclusivo para los equipos de la red SSMN con salas paralelas que acogen estas intervenciones.

Equipos profesionales: Se requiere programar tiempo de los equipos médicos, profesionales y/o técnicos involucrados en la temática de la consultoría virtual, tanto en nivel primario como secundario-terciario, así como horas adicionales para profesionales que preparan y revisan los casos y/o material que será presentado, finalmente también para el espacio de seguimiento y evaluación de las actividades y de los/as pacientes. Además, de referentes o coordinadores(as) de la estrategia, que genere el enlace para la programación y ejecución del cronograma de actividades, junto con el soporte tecnológico básico. Se ha consolidado en estos años, perfiles y equipos de enlace a nivel hospitalario, tanto en Hospital San José como INCANCER; en ambos casos instalados en unidades que han sido incorporadas en sus estructuras organizacionales (Equipo de coordinación y enlace... CHSJ y Unidad de Gestión de Demanda en INC).

Comentarios finales

Las videoconferencias y consultorías virtuales como mecanismo de coordinación de la red están institucionalizadas, se dan en variadas modalidades y continúa el trabajo colaborativo, en pos de la mejora de la coordinación de la red y la continuidad asistencial para los usuarios/as del sector público de salud. La investigación acción participativa, sus principios y sus métodos son refrendadas por la sostenibilidad que estas intervenciones y espacios de participación ya han alcanzado en el tiempo, mostrándose como herramientas valiosas para el desarrollo de procesos de gestión colaborativa de la red asistencial. Como siempre, esta síntesis recoge el trabajo incansable del equipo de directivos/as, gestores, profesionales, técnicos/as y administrativos/as de la red SSMN.

CAPÍTULO VIII. PROGRAMACIÓN EN EL NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

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

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

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

OBJETIVO GENERAL

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

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Dar respuesta a los requerimientos sanitarios de la población beneficiara, optimizando al máximo el recurso profesional en la entrega de las prestaciones requeridas.
2. Realizar el proceso de cálculo de las prestaciones a ofertar por la especialidad durante el año a programar, de acuerdo a estándares definidos por la normativa ministerial y del establecimiento.
3. Definir la oferta real de la especialidad en los distintos tipos de prestaciones.
4. Determinar la brecha existente.
5. Evaluar el cumplimiento cuantitativo de la programación, a través del Sistema de Agenda oficial del establecimiento como insumo necesario para obtener la producción de los profesionales
6. Permitir la evaluación del cumplimiento de cada establecimiento en su rol de prestador para la Red.
7. Utilizar la programación como herramienta de gestión para dar resolución a la brecha definida.
8. Potenciar los mecanismos de coordinación y gestión de las redes asistenciales, con optimización de la utilización de las horas profesionales contratadas validadas por sistema de registro de RRHH.

9. Optimizar el cumplimiento de la programación de la oferta institucional de los Servicios de Salud.
10. Implementar mecanismos de control de gestión, para la monitorización y seguimiento de acciones correctivas en relación al proceso de programación y ejecución de ella.

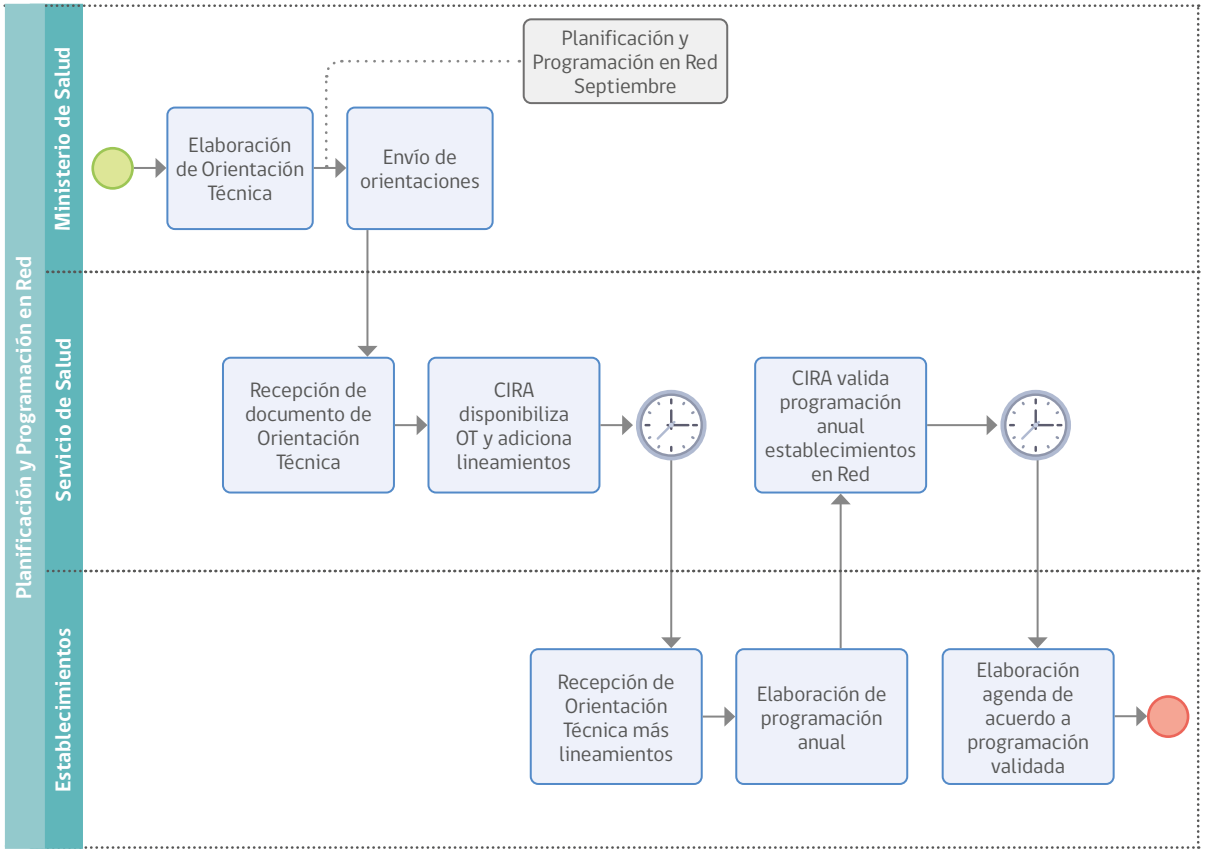
PROCESO DE PROGRAMACIÓN

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

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

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

ILUSTRACIÓN 15: PROCESO DE PROGRAMACIÓN



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

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

ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE ATENCIÓN POR ESPECIALIDAD

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

Pacientes que requieren consulta nueva y control por especialista.

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

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

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

Pacientes que requieren procedimientos y exámenes

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

PROYECCIÓN DE LA DEMANDA REQUERIDA POR ESPECIALIDAD

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

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

IDENTIFICACIÓN Y GESTIÓN DE BRECHAS OBSERVADAS POR ESPECIALIDAD:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ANÁLISIS DE LA OFERTA DE ATENCIÓN POR ESPECIALIDAD

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

Disponibilidad de infraestructura e insumos

- Evaluar disponibilidad de box, insumos y EPP para atención presencial.
- Evaluar disponibilidad de box e insumos para atención remota.
- Determinar número máximo de pacientes en citación presencial dado el espacio físico disponible en salas de espera de atención de box de consultas, exámenes, procedimientos, sala de espera de farmacia.
- Evaluar espacios físicos ocupados para estrategia COVID (Hospitalización y Urgencias)

Disponibilidad de Recurso Humano médicos especialistas y otros profesionales de la salud

- Determinar especialidades disponibles para atención ambulatoria y planificar aumento progresiovo de ellos de acuerdo a analisis situacion local.
- Determinar horas disponibles de los profesionales para las distintas modalidades de atención, para consultas y procedimientos.

Disponibilidad de unidades de apoyo

- Determinar según carteras de servicios y disponibilidad de profesionales, exámenes y procedimientos disponibles.

Disponibilidad de tecnologías de la información y manejo para atenciones presenciales y remotas

- Determinar disponibilidad de equipos computacionales con cámara, teléfonos, cobertura de internet.
- Determinar requerimientos de capacitación de profesionales en TICS para atenciones remotas.

Disponibilidad de Visitas Domiciliarias

- Evaluar capacidad de movilización e insumos requeridos para esta actividad

GESTIÓN DE AGENDA

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

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

Este proceso genera un impacto directo en:

Fuente: Unidad Ambulatoria DIGERA

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

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

Fuente: Unidad Ambulatoria DIGERA

1. Administración y Programación de la agenda:

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

2. Mantención de Horas disponibles:

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

3. Agendamiento:

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

4. Gestión de Citas:

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

PROGRAMACIÓN OPERATIVA

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

Descuentos generales:

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

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

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

Descuentos Individuales:

Feriado Legal:

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

Permisos Administrativos:

Ley	Días administrativos
19.664	6 semestrales
18.834	6 anuales*

*fraccionables

Capacitación:

Ley	Días de capacitación
19.664	6 anuales
18.834	6 anuales

PROGRAMACIÓN INDIVIDUAL

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

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

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

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

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

CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DEFINICIONES TÉCNICAS:

A. Actividades Clínicas:

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

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

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

B. Actividades No clínicas:

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

8.3. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN AMBULATORIA

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

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

8.4. PROGRAMACIÓN DE ATENCIÓN CERRADA

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

UNIDADES DE EMERGENCIA

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

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

PROGRAMACIÓN QUIRÚRGICA

Estándares sugeridos para la programación de pabellones según tipo de cirugía

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

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

PROGRAMACIÓN ATENCIÓN PACIENTE HOSPITALIZADO

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

En cuanto a la organización interna que da cuenta del proceso de hospitalización, producto del contexto de pandemia por COVID-19, se orienta a[45]:

- Potenciar la gestión en red de camas de hospitales de alta, mediana y baja complejidad, a través del gestor de red de cada Servicio de Salud.
- Agilizar la apertura de camas (bloqueadas y nuevas), reconversión de camas y complejización, resguardando las normas técnicas básicas.
- Evitar traslados innecesarios de hospitales de baja complejidad hacia hospitales de alta complejidad.

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

- Priorizar traslado de pacientes sociosanitarios a través de distintas estrategias.
- Visitas de familiares con horario reducido e ingreso solo de mayores de 18 años, y sin sintomatología respiratoria.
- Suspensión de pasantías y capacitaciones de pregrado, a excepción de internos, residentes y postgrados.
- Potenciar la estrategia de hospitalización domiciliaria.
- Considerar así mismo, distribución del personal capacitado en UPC concentrándolo en áreas críticas (UCI, UTI, UEH, pabellón) y personal recién incorporado de cada establecimiento en áreas de menor complejidad, debido a la alta demanda de hospitalización.

ESTÁNDARES SUGERIDOS PARA PROGRAMACIÓN SEGÚN RECURSO CAMA

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

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

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

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

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

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

8.5. ESTÁNDARES SUGERIDOS PARA PROGRAMACIÓN HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

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

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

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

8.6. PROGRAMACIÓN PROGRAMAS ESPECÍFICOS:

Orientación programática para Rehabilitación

Anexo Nº17. CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE PRESTACIONES DE REHABILITACIÓN

Orientación programática para Salud Mental

Anexo Nº18. CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE PRESTACIONES SALUD MENTAL ATENCIÓN ABIERTA

Anexo Nº19. CRITERIOS TÉCNICOS PARA LA PROGRAMACIÓN DE PRESTACIONES SALUD MENTAL CERRADA

Red Odontológica

Anexo Nº20. RENDIMIENTO DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS

Red Oncológica

Anexo Nº21. CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN MODELO DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA Y DESCRIPCIÓN DE PRESTACIONES

Orientaciones Programáticas para Químicos Farmacéuticos

Anexo Nº22. PROGRAMACIÓN QUÍMICOS FARMACÉUTICOS

Red Imagenología

Anexo Nº23. CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN RED DE IMAGENOLOGÍA NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO.

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

Anexo Nº24. CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN RED DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN Y CONTROL EN INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)

Red de medicina nuclear terciario.

Anexo Nº25. CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN RED DE MEDICINA NUCLEAR TERCIARIO.

Red telemedicina

Anexo Nº26. CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN RED TELEMEDICINA

Red de salud sexual y salud reproductiva nivel secundario y terciario

Anexo Nº27. CRITERIOS TÉCNICOS PARA PROGRAMACIÓN RED DE SALUD SEXUAL Y SALUD REPRODUCTIVA NIVEL SECUNDARIO Y TERCIARIO

COLABORADORES

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

JEFATURAS MINSAL

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

JEFATURAS DEPARTAMENTO

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

DIVAP

Alvaro Campos Muñoz
Carolina del Valle Aranda
Catalina Alcalde Cárdenas
Cesar Morales Sepulveda
Claudia Padilla Rubio
Clodoveth Millalen Sandoval
Daniel Molina Mena
Eliana Varas Varas
Javier Medel Torres
Karla Castro Castro
Marcela Navarro Madrid
Ana Ayala Gonzalez
Carolina Lara Diaz
Cesar Morales Sepulveda
Claudia Lara De la Fuente
Cristina Concha Garcia
Danilo Rios Poblete
Irma Vargas Palavicino
Juan Herrera Burott
Lorena Sotomayor Soto
Marcela Rivera Medina
Milena Pereira Romero

Marcela Rodriguez Romero
Nanet Gonzalez Olate
Pamela Muñoz Abarca
Sofía Gonzalez Navarro
Verónica Veliz Rojas
Yukiko Kuwahara Aballay
Pamela Meneses Cordero
Paulina Nuñez Venegas
Vania Yutronic Iratchet
Yasna Opazo Fuenzalida
Xenia Benavides Manzoni
Ximena Barros Rubio

DIPRECE

Alejandro Riquelme Borquez
Carolina Peredo Couratier
Constanza Aguilera Arriagada
Gina Merino Pereira
Luz Cole Wells
Marlene Valenzuela Valdenegro
Pamela Burgos Maldonado
Carolina Neira Ojeda
Cettina D'Angelo Quezada
Fernando Gonzalez Escalona
Laysa Gonzalez Orroño
Marcela Avendaño Vigueras
Mayra Torres Cisternas

DIGERA

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

DIPOL

Bárbara Donoso Contreras
Carolina Cobos Suarez
Paz Anguita Hernández
Carmen Gloria González
Ida Bustos Mena

SALUD DIGITAL

Carlos Arapob Urbina
Cristian Carrasco Sepúlveda
Felipe Aguayo Godoy
Vezna Sabando Franulic
Carolina Pérez Alvarez
Daniel Amigo Diaz
Rubén Cisternas Arellano

DIPLAS

Odette Urrutia Pumeyrau

DEPARTAMENTO PARTICIPACIÓN CIUDADANA Y TRATO AL USUARIO

Frank Reimberg Navarro

COLABORADORES EXTERNOS

Mauricio Araya	Departamento de Salud I. Municipalidad de Independencia
Wilma Hidalgo	Departamento de Salud I. Municipalidad de Huechuraba
María Eugenia Chadwick	Departamento de Salud I. Municipalidad de Recoleta
Patricia Espejo	Complejo Hospitalario San José
Isabel Abarca	Instituto Nacional del Cáncer
María Angelica Contreras	Hospital Roberto del Río
Pamela Eguiguren	Escuela de Salud Pública Dr. Salvador Allende, Universidad de Chile

EDITORES DEL DOCUMENTO

Cristina Concha Garcia
Oscar Briones Llorente
Pamela Muñoz Abarca

Ministerio de
Salud
Gobierno de Chile