	PROTOCOLO DE SALUD FAMILIAR	**CODIGO: C 1.2**
		FECHA:NOV/ 2015
	AREA CALIDAD	**PAGINA: 1-23**

PLAN DE GESTION DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN POSTAS Y EMR DE LA COMUNA DE LA SERENA

YASNA RAMOS RAMOS
COORDINADORA EQUIPO MEDICO RURAL

1 INTRODUCCION

En la actualidad la explosión de la demanda asistencial en APS es evidente cuali- cuantitativamente, relacionándose con la mayor cantidad de actividades promocionales y preventivas a nivel primario que influyen en la pesquisa de nuevos casos, por ende es proporcional al aumento del número de consultas por programas, como cardiovascular, salud mental, entre otros y aun más por morbilidad.

Súmese a esto los cambios relacionados con la modernización que comienza a llegar a todos los lugares, que cambia desde hace años ya el perfil epidemiológico de la población, donde la comunidad rural no queda exenta a esto, incrementándose la demanda asistencial en forma progresiva

Las Postas y Estaciones Medico Rurales , que es donde llegan a consultar los usuarios de las diferentes localidades rurales de la comuna de La Serena se han visto expuestas a una demanda asistencial importante, no solo para los profesionales que asisten a la ronda, sino también para los TENS que residen en postas, detectándose problemas de salud habituales de fácil manejo pero también llegando a consultar usuarios con patologías complejas o con situaciones de urgencia vital que requiere de la entrega de acciones que brinde soporte básico y de la activación de la red de emergencia local.

Ante lo cual el equipo no solo ha debido iniciar un ciclo permanente de actualización de conocimientos y técnicas, sino también ha debido confeccionar protocolos de atención estandarizados que respalden el accionar del TENS de Posta, así también se ha confeccionado el siguiente protocolo de gestión de la demanda asistencial, liderando así en el área rural la selección de la demanda de nuestros usuarios, que permite categorizarlos y proceder adecuadamente en tiempo, acción y flujo, asegurando una mejora en la calidad de la atención brindada.

El equipo médico rural de la Serena atiende a una población geográficamente dispersa de aproximadamente 12000 habitantes de acuerdo al último censo, de la cual aproximadamente 8000 personas son usuarias de nuestros servicios. (Tabla Nº 1)

Tabla 1.POBLACION BAJO CONTROL EQUIPO MEDICO RURAL

LOCALIDAD	HABITANTES BAJO CONTROL AÑO 2013	HABITANTES BAJO CONTROL AÑO 2015
SECTOR 1		
POSTA EL ROMERO	609	720
ALTOVALSOL	1230	1012
ISLON	302	522
COQUIMBITO	151	334
CHACAY BAJO	15	63
CHACAY ALTO	55	54
EL ROMERAL	90	92
FUNDO COQUIMBITO	102	222
SANTA ELISA	156	387
SUBTOTAL	2710	3406
POSTA LAMBERT	627	998
AGUA GRANDE	28	9
ALMIRANTE LATORRE	74	72
SANTA GRACIA	22	26
SUBTOTAL	751	1105
TOTAL SECTOR 1	3159	4511
SECTOR 2		
POSTA ALGARROBITO	1150	633
EL VALENTIN	45	55
LA ESTRELLA	67	83
SAN ANTONIO	33	30
TOTAL	1295	801
POSTA LAS ROJAS	950	896
CONDORIACO	36	36
EL ROSARIO	350	521
GABRIELA MISTRAL	370	260
LA LAJA	69	54
LOS CORRALES	181	154
PELICANA	330	250
QUEBRADA DE TALCA	740	530
SUBTOTAL	3026	2706
TOTAL SECTOR 2	4321	3507
TOTAL EQUIPO MEDICO	7782	8013

Fuente. Censo Equipo médico rural Julio 2015

La cantidad de horas disponibles por profesional se describen a continuación

PROFESIONAL	TOTAL HORAS	TOTAL HORAS SECTOR
MEDICO	88	44
ENFERMERA	132	66
ODONTOLOGO	44	22
MATRONA	88	44
NUTRICIONISTA	44	22
KINESIOLOGA	44	22
PSICOLOGA	44	22
TRABAJADOR SOCIAL	44	22
EDUCADORA PARVULOS	44	22
TENS POSTA	220	132/88*
TENS SECTOR	132	66

Fuente: Dotación año 2015 – 2016

Ambas tablas anteriores se adjuntan para demostrar el crecimiento a paulatino de la población versus la cantidad de horas disponibles para estos usuarios.

- En cada Posta reside un Tens 44 horas, excepto en Posta Lambert que esta afecto a Convenio de mejora de la Equidad Rural, donde se realizan turnos de 8 a 20 horas en rotación 6 x 6.

- En cada sector se dispone de una TENS permanente que recorre las diferentes estaciones medico rurales, con el equipo multidisciplinario, mas una Tens transversal que toma exámenes en las diferentes localidades y apoya la atención EMR

La capacidad de resolución de problemas de salud de nuestro equipo es la misma señalada en las “Normas Técnicas de Postas Rurales año 2011” (MINSAL), es decir básicas, con una cartera de prestaciones definida y limitada, con actividades de referencia y contrareferencia.

Evidenciándose dentro de todas las brechas como una de las importantes la falta de horas profesionales, donde destaca por sobre todo las horas medico.

Al contar con solo 44 horas medico por sector para cubrir las 2 postas por cada sector más las 5 a 6 estaciones médicas cuyas poblaciones han crecido notoriamente en su mayoría, es que urge protocolizar la gestión de la atención de los usuarios, dirigida a la gestión de la demanda asistencial.

De esta manera poder optimizar el escaso recurso profesional de la mejor manera posible dando la máxima satisfacción a nuestros usuarios dentro de la realidad existente

Es así como se llega al siguiente documento que presentamos a continuación

1. NOMBRE

PROTOCOLO GESTION DE LA DEMANDA EN POSTAS EQUIPO MEDICO RURAL LA SERENA

2. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL:

Contar con un sistema de clasificación de los usuarios en relación al problema de salud que presenta en el momento de la consulta, que permita realizar las acciones mas efectivas y en el menor tiempo posible, asegurando una mejor calidad de atención para la población.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Contar con un sistema de Categorización de Usuarios (adultos) con el fin de dar prioridad de atención a quienes por condición de salud su atención no puede ser postergada.

- Identificar los pacientes en condición de riesgo vital, mediante un sistema estandarizado de clasificación, para así activar las redes asistenciales disponible y entregar soporte básico

- Priorizar la atención según el nivel de clasificación y acorde con la condición clínica del paciente.

- Conocer el perfil de demanda de los consultantes a las Postas.

- Agendar a medico de acuerdo a sistema de priorización estandarizada

- Tener una estimación de los tiempos de espera para los pacientes y su accesibilidad a la atención.

- Disminuir la congestión de la demanda profesional médico, mejorando el flujo de pacientes por ronda profesional

3. ALCANCE

Este protocolo está dirigido a: profesionales, técnicos, administrativos, auxiliares y personal que se desempeña en el Equipo Médico Rural, que trabajan en las Postas de El Romero, Lambert, Algarrobito, Las Rojas y en las diferentes estaciones médico rural de la comuna de La Serena.

4. DOCUMENTACION DE REFERENCIA:

- Normativa y Orientaciones técnicas de priorización de la atención en servicios de Urgencia. MINSAL 2009

- Protocolo de priorización de pacientes. MINSAL 2009.

- Normas técnicas de Postas de Salud Rural, año 2011

5. RESPONSABILIDAD

5.1. De la supervisión y control de la aplicación

Coordinadora Equipo Médico Rural

Jefe Sector 1 y 2

5.2. De la ejecución del protocolo:

Médicos, Odontólogo, Enfermeras, Matronas, Técnicos de Enfermería, administrativos y auxiliares del Equipo Medico Rural

5.3. De la evaluación de la incidencia y monitoreo

Comité Gestor

6. DEFINICIONES

Estaciones Medico Rural (EMR)

Son centros para la atención de salud ambulatoria básica, cuyo espacio físico es cedido por la comunidad. Estos no poseen auxiliar permanente, sino que son atendidos por un Equipo de Salud Rural que acude en rondas periódicas.

Postas de Salud Rural (PSR)

Brinda atención que cubre las necesidades de salud de sectores de población rural.

Preferentemente de fomento y protección de la salud, promoción, prevención, trabajo comunitario en salud y a su vez, recepción y atención de problemas de salud, derivando a otros establecimientos de la red las situaciones que no pueden ser resueltas en ese nivel y las urgencias que presentan los habitantes de la localidad.

Cuentan con un técnico paramédico residente, disponible en forma permanente e inmediata, y con un sistema de comunicación radial con su centro de referencia.

Atienden en horario hábil de 08:00 a 17:00 hrs. y en extensión horaria hasta las 20:00 hrs. Población a cargo: entre 2 mil y 30 mil habitantes, aproximadamente.

Emergencia: Situación de inicio o aparición brusca con riesgo vital o que necesita asistencia inmediata (minutos) y que tiene desenlace fatal sino es otorgada.

Urgencia: Situación de inicio rápido, pero no brusco que necesita asistencia rápida y puede presentar una descompensación de la homeostasia pudiendo llegar al riesgo vital.

6. SISTEMA DE GESTION DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN POSTAS

Es aquí donde la intervención del equipo de salud es fundamental y determinante en el proceso de satisfacción de las necesidades de salud de nuestra población, permitiendo una respuesta a la demanda con las competencias adecuadas y distribución de las responsabilidades y roles.

Por lo anterior es importante que el TENS de posta que realiza sus funciones en el lugar casi siempre solo a excepción de los días donde cuenta con la ronda de profesionales tenga un sistema de categorización de pacientes que le permita abordar al usuario con protocolo de acción y así activar las redes de soporte vital cuando así sea necesario, teniendo claridad de los pasos a seguir en cada circunstancia

De aquí la importancia de categorizar al usuario

7.1. Categorización de Pacientes

Consiste en priorizar la atención de nuestro usuario, según la gravedad, mediante una primera valoración según Clasificación de 4 grupos entregada por el MINSAL. Esta clasificación se describe de la siguiente forma:

Categoría 1: C1. Se asigna al paciente con riesgo vital, son enfermos que requieren reanimación y/o estabilización **inmediata**, por riesgo inminente de su vida, tiene acceso inmediato y directo al box de procedimiento de la Posta y su atención es inmediata.

El Tens debe controlar signos vitales básicos; Presión arterial, frecuencia cardiaca, saturometria, temperatura y en lo posible glicemia capilar solicitando a través de teléfono celular reanimación y traslado por equipo avanzado **SAMU.** Asegurándose de dar la reanimación básica, descrita en protocolo de RCP básico.

En el caso de acontecer esta situación en una **EMR** donde se encuentra el grupo de profesionales, mientras medico realiza RCP básico y entregar el soporte enfermera o tens será el encargado de dar la voz de alerta y llamar a SAMU entregando toda la información.
El equipo se mantiene entregando soporte vital básico de acuerdo a Protocolo de RCP hasta la llegada de **SAMU**.

EJEMPLOS DE USUARIOS QUE DEBEN CATEGORIZARSE COMO C1

CATEGORIA	EJEMPLOS
C1	Poli traumatizados.(Accidentes de vehículos u otros, caídas de altura)
	Gran quemado, Mayores de 12 años 20% de extensión. Menores de 15 años 15% Quemaduras faciales Quemadura de via aérea Quemadura de alta tensión Quemadura en poli traumatizado Quemadura AB o B en zonas especiales Quemadura con índice de gravedad mayor a 71 puntos
	Ausencia signos vitales al examen
	Heridas a bala en cráneo, tórax y/o abdomen
	Paro cardio-respiratorio.
	Sospecha de IAM.
	Shock anafiláctico
	Arritmias sintomáticas(hipotensión, cefalea, angor, sincope)
	Shock hemodinamico
	TEC. Grave.
	Cuerpo extraño en la vía aérea
	Crisis obstructiva severa
	Hipotermia
	Hipoglicemia severa refractaria

Categoría 2: C2

Son pacientes de alta complejidad que requieren de acciones diagnóstica y/o terapéuticas, que eventualmente necesitan evaluación y seguimiento por un periodo de tiempo que hace meritorio **MANTENER EN SALA DE PROCEDIMIENTOS HASTA QUE SE ESTABILIZE Y PUEDA SER DERIVADO A CENTRO ASISTENCIAL DE URGENCIA**.

Se realizan acciones para estabilizar y mantener la estabilidad, debe ser atendido en menos de 10 minutos desde que solicita la atención.

En caso de que TENS de Posta se encuentre sin profesional médico es él quien debe realizar las acciones de acuerdo a protocolos establecidos para dar la estabilidad necesario al usuario quien debe coordinar su traslado por SAMU si la situación así lo amerita (En Postas)

En el caso de **EMR**, el Tens realizara control de signos vitales y el médico o profesional matrona, enfermera, de acuerdo a quien se encuentre presente ejecutara las acciones correspondientes de acuerdo a protocolo para estabilizar al usuario y coordinar su traslado por **SAMU**

EJEMPLOS DE USUARIOS QUE DEBEN CATEGORIZARSE COMO C2

CATEGORIA	EJEMPLOS
	Trauma ocular complicado.
	Status convulsivo
	Crisis hipertensiva refractaria a tratamiento
	Abdomen agudo
	Pacientes con SaO2 menor a 91%
	Crisis asmáticas moderada
	Diabetes Mellitus descompensada
	TEC con hemodinámica estable y sin alteración de conciencia
	Caídas de altura sin riesgo vital.
	Sospecha de shock séptico
	Isquemia critica de extremidades
	Fiebre en lactantes menores de 2 meses .
	Intoxicación
	Brotes psicóticos

c. Categoría 3: C3

Son pacientes de complejidad media y que por el carácter de su patología requieren de acciones diagnostico-terapéuticas que determinan un periodo breve de observación y su alta posterior.

Pasa al box de procedimientos, donde el TENS, si se encuentra solo, es quien ejecutara las acciones de acuerdo a protocolo, y que de acuerdo a su criterio estime necesario para resolver el problema.

Destinando al usuario a su domicilio con orientación y la indicación de consulta con medico en hora de morbilidad.

En caso de encontrarse el profesional médico, enfermera o matrona en la Posta, es quien guiara las acciones que el TENS ejecutara, que deben ser consecuente con el protocolo de acción especifico para cada situación, y o dar las indicaciones que se requieran para ese momento

En el caso de las **EMR** será el TENS de sector quien recepcionara a este usuario, avisará a médico o a profesional enfermera o matrona, para ejecutar las acciones que tiendan a resolver parcial o totalmente el problema.

Por ser una **estación médico rural** un lugar que no cuenta con recursos para atender a un usuario y satisfacer sus necesidades en la totalidad, puede que muchos de estos pacientes deban ser derivados a una posta, Cesfam o Servicio de Urgencia, pero con traslado propio, excepto niños y adultos mayores, u otros usuarios que por su vulnerabilidad social requieran traslado por móvil ambulancia, de ser así será el médico o profesional que se encuentre presente será quien solicitara el móvil.

EJEMPLOS DE PACIENTES A CLASIFICAR COMO C3

CATEGORIA	EJEMPLOS
C3	Crisis convulsiva
	Crisis hipertensiva no refractaria
	Fiebres en lactantes de 3 a 6 meses
	Sospecha de IRA baja
	Quemaduras excluyendo al gran quemado
	Cólicos: abdominal, uretral, nefrítico.
	Diarreas con deshidratación (adultos) niños se derivan a Servicio de urgencia
	Laringitis en menores de 4 años

d. Categoría 4: C4.

Paciente sin urgencia real, en cuyo caso el tiempo de asistencia depende de la demanda existente.

Se deja en la" sala de espera" hasta que Tens de Posta pueda atenderlo y recepcionar antecedentes, este usuario puede solucionar su problema con la atención que entregara el TENS en ese momento o puede ser agendado para atención con medico en la ronda de profesionales, derivado a SAPU o a CESFAM en horarios de extensión.

Se considerara como **C4** a todos los usuarios que presenten patología que no altere la hemodinámica y que no requiera atención inmediata

RECUERDE: Los menores de 5 años y mayores de 65 años tienen preferencia en la ATENCION.

7.2. Las acciones a realizar son las siguientes en box de selección:

A Identificación del paciente: Esta etapa se inicia en la ventanilla SOME de las Postas o con Tens en EMR. Se verificará la identidad del consultante. Situación especial son quienes no portan cedula de identidad y por razones de salud no pueden entregar información de su identidad. En este caso deben ser identificados como pacientes N. N. consignando el sexo y la edad aproximada.

a. **Declaración del problema por el cual consulta**: Se debe identificar claramente el motivo de consulta y la data de inicio de las molestias. Estas deben ser consignadas en el DAPU cuando este documento se redacta. Se debe además registrar antecedentes mórbidos, referidos por el paciente o acompañante.
   Redactaremos DAPU a pacientes C1, C2, C3 y a aquellos que requieran traslado o derivación a otro centro asistencial

b. **Reconocimiento de signos vitales**: Se controla y registra los signos vitales en el DAPU, búsqueda de signos de gravedad. Tan sólo nos fijaremos en aquello que sea pertinente con el motivo de consulta y que nos ayude a priorizar:
   - Aspecto general: impresión de gravedad.
   - Piel y mucosas: color: palidez, cianosis
   - Temperatura.
   - Estado Neurológico: nivel de conciencia, respuesta al dolor, tamaño y respuesta pupila motricidad. Glasgow.
   - Estado Circulación: pulso palpable en zonas dístales a traumatismos, amplitud, intensidad. Alteraciones del llene capilar.
   - Frecuencia cardiaca. Alteraciones del ritmo.
   - Frecuencia. Respiratoria: permeabilidad de vías aéreas
   - Existencia de dificultad respiratoria. Saturación de oxigeno.

c. **Categorización y evaluación del riesgo vital**: De acuerdo al motivo de consulta, antecedentes mórbidos y alteraciones del ciclo vital se clasifica al paciente en uno de los grupos establecidos.

7.3. Priorización de la atención

La categorización es el momento en el que, siguiendo criterios, se establece un nivel de asistencia al paciente y que deriva en una **PRIORIZACIÓN** de atención al paciente.

Debe de ser relativamente breve, recoger suficientes datos para establecer la gravedad del usuario y determinar la prioridad de los cuidados en función de su estado de salud.

"El objetivo de la evaluación no es establecer un diagnóstico, sino identificar la existencia de riesgo vital y las necesidades del usuario con el fin de determinar la prioridad de los cuidados"

Se debe orientar la categorización haciendo las siguientes preguntas**:**

a. **¿Qué le pasa?** Motivo de consulta. Descripción de la sintomatología delimitando el cuadro, para formarnos una opinión de su gravedad.

b. **¿Desde cuándo?** Con esta pregunta se orienta a establecer si es un cuadro agudo, una afección crónica o una descompensación.

c. **Episodios previos** Se debe indagar sobre la existencia de cuadros recurrentes.

d. **Datos de interés** Se debe consignar todo dato relacionado con el motivo de consulta:

e. **Actuación inmediata** En concordancia con guías clínicas y protocolos de patologías deberán tomarse las primeras medidas diagnósticas tales como EKG, HGT. Oxigenoterapia y otras.

8. FLUJOGRAMA DE MANEJO

- El paciente o acompañante solicita la atención en SOME o al TENS de Posta o EMR

- Una vez establecidos el nivel de urgencia y el flujo grama de destino del paciente, se registra el tipo de categorización.

- **Si el paciente es C1 y C2,** el TENS de Posta en caso de encontrarse solo sin apoyo de profesionales, debe entregar el soporte vital básico y regular con SAMU su traslado, manteniendo el soporte hasta la llegada de SAMU, en este caso ayudara a la formulación del DAPU el auxiliar de servicios previamente capacitado para aquello.

- En caso de estar presente el equipo de profesionales, el médico encabezara la reanimación básica en su ausencia enfermera y/o matrona, siendo el **TENS** el encargado de regular traslado con **SAMU** y redactar el **DAPU**

- En caso de encontrarse en **EMR,** donde se encuentra el equipo multidisciplinario, se entregara el soporte básico por parte del equipo de profesionales, siendo el TENS de sector el encargado de regular con **SAMU** y completar datos del **DAPU.**

- Los pacientes **clasificados como C3** en postas serán atendidos por **TENS**, en caso de encontrarse el **TENS** sin apoyo de profesionales, realizando toda aquellas acciones dirigidas a resolver el problema, dar estabilidad y si el usuario requiere traslado, regularlo con SAMU, en caso de no ser necesario será el encargado de orientar al usuario en relación a las referencias de centro asistencial de apoyo.

- De contar con el apoyo médico en la Posta en ese momento el médico puede realizar atención de urgencia al usuario o entregar las indicaciones pertinentes al **TENS** si así lo encuentra necesario, de acuerdo a su criterio, y posterior reevaluación para alta a domicilio o derivación a centro asistencial.

- En caso de presentarse un usuario que clasifique como **C3**, en **EMR,** el médico atenderá al usuario como urgencia, derivándolo a centro de urgencias si así lo amerita, solicitando traslado por móvil **SAMU** o ambulancia de CESFAM.

- **Los pacientes de categorización C3 C4** si requieren atención de medico en **Posta** se agendaran con 24 horas de anticipación.

- En concordancia, con normas de flujo de pacientes en la atención todos usuarios menores de edad, adultos mayores, dismovilizadas, usuarios con capacidades diferentes, con alteración del estado de conciencia deben ser acompañados por un adulto responsable.

- Por razones de tipo clínico asistenciales no se permitirá en primera instancia el acompañamiento de pacientes en sala de procedimientos cuando se realiza reanimación

Administración de la agenda medica por TENS en POSTA

El horario de atención es las postas por los profesionales fluctúa entre las 9 y 14 horas aproximadamente. Tomando en consideración los tiempos de traslados de ida y retorno de aproximadamente **30 a 45 minutos**.

Son excepciones las localidades de **La Laja y Condoriaco**, donde se atiende desde las 10: 30 aprox hasta las 12 horas en La Laja y desde las 12:30 a 14 horas respectivamente. Con una agenda abreviada.

En el caso de las localidades de **San Antonio** y **San Valentín** la hora de llegada es escalonada, primero San Antonio a las 9:30 am y luego se baja a San Valentin a las 10:30 aproximadamente. También con agenda abreviada, donde se otorgan 10 cupos por estación.

También son excepciones las localidades de **El Romeral, Chacay Bajo y Chacay Alto**, donde se realizan llegadas escalonadas , primero **El Romeral** a las 9:00 am, luego **Chacay Bajo** a las 12:00 y para terminar en **Chacay Alto** a las 13:00 aproximadamente. También con agenda abreviada.

Puede ser que en algún momento estas tres localidades se asistan por separados cuando la ronda mensual logra cubrir todas las localidades, atendiéndose así solo al Romeral en una Ronda y en otra Chacay Bajo y Alto.

Siendo en los casos anteriores la hora de llegada al Romeral 9:00 y en el caso de Chacay 9:30 am.

El Retorno para ambos casos es las 14 horas máximo

En el caso de las localidades de **Agua Grande** y **Almirante Latorre**, se realiza una ronda escalonada llegando primero a Agua grande a las 9:30 aproximadamente con agenda abierta ya que es una localidad con un mínimo de usuarios, subiendo posteriormente a Almirante Latorre donde se llega a las 11 am aproximadamente con una agenda abierta también por la poca población existente retornando aproximadamente a las 13 horas.

La agenda médica consta de 20 cupos, cada uno con un rendimiento de 15 minutos. Las urgencias categorizadas como **C1 y C2**, no cuentan dentro de la agenda y en caso de presentarse una urgencia vital donde el médico debe dirigir la reanimación hasta que llegue SAMU, la atención se suspende y se retoma con agenda abreviada cuyo selector será el médico, siempre y cuando los usuarios quieran esperar.

La agenda médica se distribuye de tal manera

AGENDA COMPLETA. HORARIO DE 9 A 14 HORAS

1. morbilidad	13. pscv
2. morbilidad	14. pscv
3 morbilidad	15. salud mental
4 morbilidad	16. salud mental
5 pscv	17. morbilidad
6 pscv	18. morbilidad
7 pscv	19. visita domiciliaria
8 pscv	20. visita domiciliaria
9. pscv	
10.pscv	
11 pscv	
12 pscv	

De no completarse la agenda con morbilidad otorgar estas horas a pacientes de PSCV, Salud Mental y Control de Niño Sano, que no hayan logrado obtener una hora.

En caso de no completarse la agenda con horas paciente PSCV o Salud mental dar horas para morbilidad

Entregar siempre las horas de morbilidad con un máximo de 24 horas de anticipación.

Las horas de programa de **Salud Cardiovascular**, **Salud mental** u otros pueden ser dadas con la anticipación de 2 semanas o más y acorde a lo indicado en carnet de control del programa, **NO TRANSFORMAR LA MORBILIDAD EN CONTROL DE PACIENTES CRONICOS SI NO ES NECESARIO**

En las **EMR** el TENS recepciona la agenda de manos de la encargada comunitaria de salud de la localidad, y será el jefe de sector el selector de la demanda para así filtrar causas de atención que no correspondan, citaciones mal agendadas, o casos que requieran atención con carácter de urgencia.

Es deber y responsabilidad del equipo capacitar a las encargadas comunitarias de las diferentes localidades en cuanto al sistema de agenda medica y de profesionales

En las localidades anteriormente mencionadas como excepciones por su dispersión geográfica y distancia la agenda será abreviada de acuerdo al tiempo de estadía en cada pueblo y la demanda asistencial, siendo el jefe de sector quien realizara la selección de la demanda.