

SERIE CUADERNOS DE REDES

Orientaciones para la
**PLANIFICACIÓN Y
PROGRAMACIÓN
EN RED AÑO 2011**



GOBIERNO DE
CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES

Orientaciones para la
PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN
EN RED AÑO 2011

10 Septiembre 2010

Índice

I.	INTRODUCCIÓN	3
II.	LA SALUD PÚBLICA	5
2.1.	FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA.....	5
2.2.	ENFOQUES EN QUE SE BASA LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA.....	5
a)	<i>Enfoque de Derechos Ciudadanos y Protección Social</i>	5
b)	<i>Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS)</i>	6
c)	<i>Enfoque de Equidad en Salud</i>	6
d)	<i>Gobernanza</i>	7
e)	<i>Participación Social y Transparencia</i>	7
III.	OBJETIVOS SANITARIOS	9
IV.	PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED.....	10
1.	INTEGRACIÓN DE LAS ACCIONES DE LA RED ASISTENCIAL CON LA AUTORIDAD SANITARIA.....	10
2.	ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED.....	10
3.	EJES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED	12
4.	METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED	34
5.	CUIDADOS A LO LARGO DE LA VIDA	40
6.	PROCESO DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN.....	43

I. Introducción

El documento que se presenta, “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2011” constituye un elemento central de apoyo a la gestión de los equipos de salud de los centros de Atención Primaria y de los Servicios de Salud, y responde al rol normativo y regulador del Ministerio de Salud, de acuerdo a la Ley 19.937, y al mandato legal establecido en la Ley N° 19.378 Estatuto de Atención Primaria.

La perspectiva de estas orientaciones es contribuir a alinear el quehacer de los centros de salud a las prioridades sanitarias nacionales, a mejorar la implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, a optimizar el uso de los recursos humanos, tecnológicos y financieros orientándolos a resultados medibles, y a contribuir a la integración funcional de la Red Asistencial, en la perspectiva de dar satisfacción a las necesidades sentidas de salud de la población.

A nivel nacional, el principal instrumento que fija las prioridades nacionales de salud está en los Objetivos Sanitarios. La evaluación de los Objetivos Sanitarios 2000-2010 evidenció avances en algunas áreas, y temas pendientes que están siendo recogidos en la formulación de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Se mantendrán los cuatro objetivos sanitarios, modificándose al 2020 nuevos objetivos estratégicos y planes de intervención centrados en resultados esperados. Los nuevos objetivos estratégicos se orientarán a la promoción de estilos de vida saludables en la población joven, con énfasis en la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Por otra parte, la formulación anual de estas orientaciones ha recogido los aprendizajes del proceso que ha operado en los últimos años en el quehacer de la red de centros de atención primaria.

Respecto del Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario, la primera constatación es el importante avance logrado en el mismo, con procesos masivos de certificación de centros, capacitación de los equipos de salud, y puesta en práctica de los diversos instrumentos del modelo. El desafío en esta línea a partir del 2011 se traduce en consolidar la aplicación de las estrategias trazadoras que den cuenta del modelo de atención integral, como son los estudios de familia, la consejería familiar, las visitas domiciliarias integrales, los controles preventivos en todo el ciclo vital, entre otras.

En segundo lugar, está el desafío de adecuar las metas a una visión según ciclo vital individual y familiar, velando por la precisión, mensurabilidad y especificidad de los indicadores.

En tercer lugar, se encuentran los avances alcanzados en el proceso de transformación de los hospitales de baja complejidad en Hospitales la Familia y Comunidad, a través de modificar su modelo de atención, aplicando estrategias para cambiar su mirada clínico-curativa hacia una preventivo promocional, aplicando herramientas como la sectorización, la instalación de equipos de cabecera y equipos gestores, y el inicio de estudios de familia. En este ámbito, los desafíos son lograr mayor articulación entre los hospitales comunitarios y los equipos de

salud municipal en cada comuna, a través de programación conjunta que traduzca a una realidad la articulación de las redes locales.

Una cuarta área la constituye la de satisfacción de los y las usuarias con la calidad, oportunidad y resolutivez de la atención. En este ámbito se ha implementado una serie de estrategias, como la articulación de una red nacional de Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias de los establecimientos de salud, la protocolización de prestaciones, los programas de especialidades en el nivel primario. Sin embargo, ésta es un área que enfrenta aún importantes desafíos, que deben ser afrontados en la planificación local, a través del monitoreo permanente y del mejoramiento de la capacidad de respuesta a las demandas de los ciudadanos y ciudadanas.

Finalmente, se requiere seguir avanzando en la incorporación de una visión sanitaria de mediano y largo plazo en la Planificación de la Red Asistencial, de la que se derivan las estrategias de más corto plazo a considerar en su Programación Anual. En este sentido, los ejes debieran orientarse a:

- Integrar las acciones de la red asistencial y de la Seremi de Salud con las acciones del resto de los sectores de políticas sociales destinados a mejorar la situación de salud de la población.
- Integrar en forma efectiva los distintos componentes de la Red Asistencial, sentando las bases para la evaluación del desempeño de la red en su conjunto.
- Perfeccionar los mecanismos de monitoreo y evaluación de la planificación local.

II. La Salud Pública

2.1. Funciones esenciales de la Salud Pública

Las funciones esenciales¹ de la salud pública son el conjunto de roles que la sociedad espera del Estado en tanto garante del derecho fundamental a la salud, y se ejercen a través de las diferentes instituciones y niveles que actúan en los ámbitos de promoción y protección de la salud, así como en la prevención y recuperación.

- Monitoreo, la evaluación y el análisis del estado de salud de la población
- Vigilancia, la investigación y el control de los riesgos y las amenazas para 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 el manejo en la salud pública
- Evaluación y la promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios
- Capacitación y desarrollo de los recursos humanos
- Seguridad de la calidad en los servicios de salud
- Investigación en la salud pública
- Reducción de la repercusión de las emergencias y los desastres en la salud pública

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

2.2. Enfoques en que se basa la planificación en la Red de Atención de Salud Pública

a) Enfoque de Derechos Ciudadanos y Protección Social

Considera el derecho a la salud como uno de los derechos humanos fundamentales y reconoce el derecho a la atención de salud. Asume también que el ejercicio de estos derechos asegura la autonomía y autodeterminación de las personas respecto a su salud. Además de generar condiciones de seguridad en salud durante toda su vida.

Especial mención merecen los migrantes a quienes se les reconoce derecho a la salud, trabajo y educación.

¹ OPS/OMS 1998.

La Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad a las personas durante toda su vida, garantizándoles los derechos sociales que les permitan reducir los riesgos en el trabajo, salud, educación y previsión, contribuyendo a generar condiciones de mayor igualdad y similares oportunidades de progreso a todas las personas, en miras a una sociedad de seguridades.

El sector salud participa en varios programas de protección social, todos de carácter intersectorial, como son Chile Solidario, la Reforma Previsional, Chile Crece Contigo y el Programa Vínculos. La próxima creación del Ministerio de Desarrollo Social reformulará institucionalmente estos programas, o abrirá otros, y sin duda el papel de Salud será de alta importancia.

b) Enfoque de Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

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

c) Enfoque de Equidad en Salud

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

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

c.1) Equidad de Género en Salud

Género: es la construcción cultural que asigna, en las esferas públicas y privadas, formas de comportamiento y de roles a mujeres y hombres sobre la base de su diferenciación sexual; a diferencia de *Sexo*, término que alude a la diferencia biológica entre el hombre y la mujer.

Es importante destacar que no toda desigualdad en salud entre mujeres y hombres implica inequidad de género; este concepto se reserva para aquellas desigualdades que se consideran “innecesarias, evitables y, además, injustas” y que se asocian a desventajas en el plano socioeconómico y en la valoración social.

c.2) Interculturalidad

De las Personas:

Quienes se identifican como pertenecientes a un pueblo indígena y enfrentan barreras de acceso a los servicios por creencias, lenguaje, costumbres, discriminación, etc.

La población migrante beneficiaria de la Red Asistencial Pública se reconoce, en una alta proporción, como un pueblo indígena y tiene, además otras creencias y costumbres que deben ser consideradas

De los Sistemas de Salud:

La Interculturalidad en la planificación sanitaria, se basa en el reconocimiento de que ningún sistema médico es capaz de satisfacer, por sí solo, todas las demandas de salud de una población, lo que implica que el modelo científico “occidental” no es el único deseable y válido, ya que la medicina indígena, por ejemplo, también tiene un amplio desarrollo. En este sentido, el proceso de cambio de modelo de atención en curso tiene como desafío considerar las necesidades y características socioculturales de la población indígena.

d) Gobernanza

Es una forma de desarrollar políticas públicas que involucra cambio en el equilibrio entre el Estado y la Sociedad Civil. Implica una efectiva interconexión e integración de las Políticas Públicas para que se produzca la sinergia de sus propósitos y la efectividad de las acciones en la población. Por ello, el trabajo intra e intersectorial depende de la capacidad de los actores públicos y privados para definir un espacio común.

d.1) Intrasectorialidad

Es imprescindible la Integración y complementariedad de la gestión de la SEREMI con la Red Asistencial, para ofrecer a la población acciones de prevención y fomento, atención de morbilidad, de especialidades y hospitalización. Lo anterior ligado a la vigilancia epidemiológica coherentemente integrados para el logro de los objetivos sanitarios propuestos para la década.

d.2) Intersectorialidad

La Coordinación intersectorial debe lograr la definición de objetivos comunes y complementarios, coordinar los recursos humanos y materiales y desarrollar actividades conjuntas orientadas a incentivar, mantener y reforzar aquellas relativas al trabajo entre distintos actores y participación ciudadana en salud (diálogos ciudadanos, presupuestos participativos, etc.).

e) Participación Social y Transparencia

Se considera un mecanismo para el ejercicio de los derechos de las personas y comunidades y para la incorporación de la opinión de las y los usuarios y comunidades en la Gestión de Salud. La posibilidad de participación social, es en sí, un determinante social de la salud.

La participación social debe transitar desde un modelo paternalista que asegura la información y acceso a la oferta de servicios a uno consultivo, que “recoge” y considera las demandas, expectativas y propuestas de las personas y sus organizaciones, para llegar a ofrecer espacios deliberativos para incidir directamente en la toma de decisiones en materias que afectan directamente a las personas y comunidades.

Estas modalidades no son excluyentes sino que pueden ser complementarias y se expresan a través de las siguientes instancias y mecanismos actualmente en desarrollo:

- Participación en instancias formales (Consejos de Desarrollo, Consejos Consultivos, Comités Locales) conformadas por representantes de usuarios (as) organizado (as), organizaciones vecinales y organizaciones funcionales de salud.
- Participación en instancias de consulta ciudadana con el fin de aportar insumos para el diseño, ejecución y evaluación de políticas de salud.
- Participación y ciudadanía activa en forma directa en presupuestos participativos, cuentas públicas participativas, elaboración de Cartas de Deberes y Derechos.
- Participación en definición de prioridades y en el diseño de políticas, programas, acciones de salud.
- Participación en la evaluación y control social sobre la gestión pública de salud.
- Ejercicio de derecho a través de solicitudes ciudadanas y otros mecanismos de transparencia activa en las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias – OIRS.

Se espera que la comunidad avance en la participación continua en todo el ciclo de desarrollo de las políticas públicas y, particularmente, en el proceso de planificación local (diagnóstico, programación, ejecución y evaluación) que se expresa en el Plan de Salud Comunal. Esto supone, al momento de la Programación, generar los espacios y destinar recursos necesarios.

III. Objetivos Sanitarios

Han sido definidos asumiendo que la salud de la población es resultado del conjunto de condiciones en las cuales las personas y comunidades crecen, viven y trabajan. Por ello, incorporan variables o dimensiones estructurales, sociales, económicas y culturales para comprender el estado de salud de la población y reducir las inequidades que impactan en su salud.

Los objetivos sanitarios comprometen los logros que, en salud de la población, deben alcanzarse a futuro, y son la referencia para definir las intervenciones y acciones que deben realizarse en forma prioritaria.

Su formulación fue el punto de partida y el horizonte del proceso de la reforma sectorial, iniciada en los años 2000. Todas las estrategias para el abordaje de los problemas de salud o áreas programáticas se enmarcan en el logro de estos cuatro objetivos.

Cada década el país define Objetivos Sanitarios que guíen el accionar del sector salud, del país. Los Objetivos Sanitarios 2011 al 2020, se darán a conocer próximamente.

Los cuatro Objetivos Sanitarios para la década 2001 al 2010 fueron:

- Mejorar los logros sanitarios alcanzados
- Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de los cambios de la sociedad
- Disminuir las desigualdades en salud
- Proveer servicios acordes a las expectativas de la población

Se ha determinado a través de sus evaluaciones que, no habiéndose alcanzado plenamente los objetivos propuestos para la década pasada, se tomarán genéricamente los mismos, creándose Áreas Temáticas y Sub Áreas Estratégicas a las cuales se les incluirán: énfasis, cortes para monitoreo, metas e indicadores precisos, que permitan evaluar periódicamente sus avances, y, eventualmente, introducir elementos que permitan su total logro, al fin de la próxima década.

IV. Planificación y Programación en Red

1. Integración de las acciones de la Red Asistencial con la Autoridad Sanitaria

La integración expresa el efecto articulador y de coherencia que tiene los subsistemas de salud dentro del sistema. A través de leyes y normas y prácticas comunes, se organizan e integran las diferentes partes del sistema para configurar y dar unidad a una identidad concreta que es el Sistema de Salud Público Chileno.

a) La Subsecretaría de Salud Pública, que ejerce el rol de Autoridad Sanitaria Nacional mediante sus funciones de vigilancia y protección de la salud de las personas en el entorno social, ambiental y laboral. A nivel regional, las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMIS) y sus Oficinas Provinciales cumplen el Rol de Autoridad Sanitaria Regional. La Ley establece que las SEREMIS deben contar con un Consejo Consultivo integrado por actores relevantes de la ciudadanía. Esta Subsecretaría tiene una importante función en la vigilancia epidemiológica, que se describe en el Anexo N°2.

b) La Subsecretaría de Redes Asistenciales, es responsable de la Gestión en Red de los Servicios Asistenciales y coordina a los 29 Servicios de Salud del País. Asimismo, tiene a su cargo las materias relativas a la articulación y desarrollo de la Red Asistencial del Sistema para Regular y velar por el funcionamiento de las redes de salud a través del diseño de políticas para su coordinación y articulación, que permitan satisfacer las necesidades de salud de la población usuaria, en el marco de los objetivos sanitarios, con equidad, respeto de los derechos y dignidad de las personas, atención integral de las personas y la regulación de la prestación de acciones de salud, tales como, las normas destinadas a definir los niveles de complejidad asistencial necesarios para distintos tipos de prestaciones y los estándares que serán exigibles.

Los Servicios de Salud son la autoridad técnica de los Programas de Salud que se aplican en los Establecimientos de la Red Asistencial.

Ambas Subsecretarías de Salud, en forma integrada y con un trabajo en Red y participativo, desarrollan las funciones básicas de salud pública orientados al logro de los objetivos sanitarios de la década.

2. Roles y Funciones de la Programación en Red

Los énfasis de la Planificación y Programación en Red están dados principalmente por la Reforma de Salud, los Objetivos Sanitarios de la década y el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, 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.

En el proceso de Programación en Red, cada actor tiene una función específica:

Ministerio de Salud

Le corresponderá, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 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

En su función de autoridad regional debe:

- Mantener actualizado el diagnóstico regional y realizar Vigilancia Epidemiológica
- Evaluar metas sanitarias de APS

Servicios de Salud

Liderados por el Gestor de Red, son quienes analizan y gestionan su oferta y demanda, en función de los requerimientos de salud de la población y la presentación del Plan Anual

El Rol del Servicio de Salud, 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.

Gestor de la Red

El Director del Servicio de Salud, tiene el rol de Gestor de Red, es responsable de la organización, planificación, coordinación, evaluación y control de las acciones de salud que presten los Establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud. Asimismo, debe velar por la referencia y contra referencia de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada Red, conforme a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud.

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 estos propios del Servicio o Establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud. Asimismo le corresponde analizar y proponer soluciones en las áreas en que se presenten nodos críticos, en la debida integración de los referidos niveles de atención de los usuarios.

3. Ejes de la Programación en Red

A. Eje Organizacional

A.1 Diseño General del Sistema Sanitario en Red²

Es importante señalar que el Sistema de Salud, en el desafío de construir la Red Asistencial de los Servicios de Salud, pretende transitar desde un Diseño de Red que surge desde la oferta, desde lo que el sistema sabe hacer y ofrecer, a un Diseño de Red, que se origine a partir de las necesidades de las personas; es decir, desde la demanda, incorporando al usuario en este proceso de cambio.

El siguiente diagrama permite apreciar que el Sistema de Salud en Chile, se desarrolla esencialmente en un proceso de continuidad de la atención en torno al usuario, que tiende a la satisfacción de sus necesidades en el proceso de salud-enfermedad.

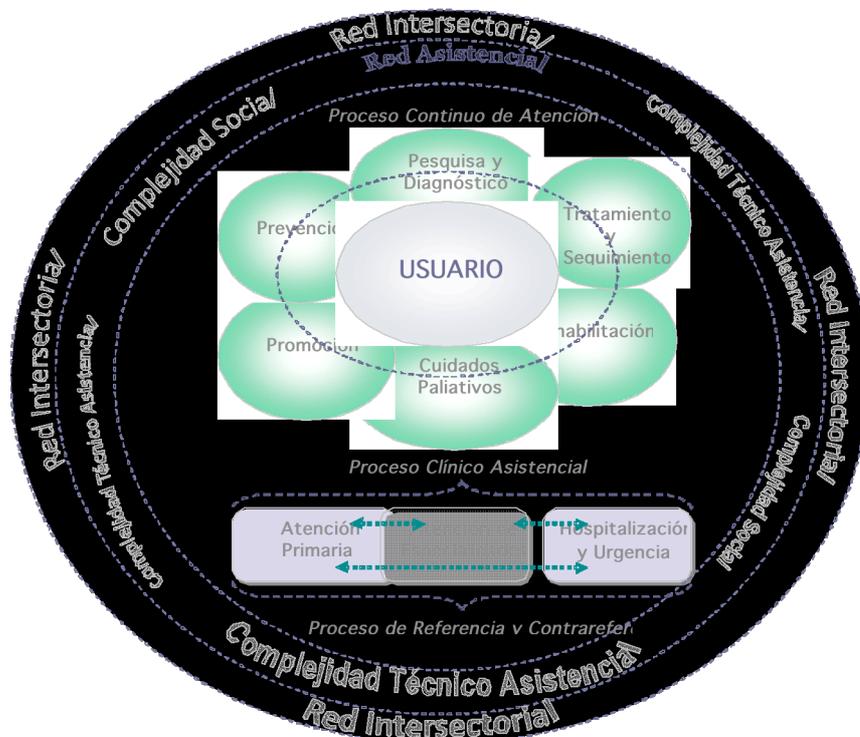


Ilustración 1: Diseño General del Sistema Sanitario en Red

La continuidad de la atención, se efectúa a través de la Red Asistencial, que convive e interactúa con la Red Intersectorial, tanto pública como privada. La funcionalidad de esta Red Asistencial, está determinada por dos factores; uno, la Complejidad Social de la población a la que atiende y otro, la Complejidad Técnico Asistencial de la resolución de problemas de salud.

²Subsecretaría De Redes Asistenciales, División De Gestión De Red Asistencial, Departamento De Gestión De Servicios De Salud. Documento de Trabajo "Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud". Septiembre 2010.

A su vez, la Red se operativiza en los niveles de capacidad resolutive, de Atención Primaria, de Especialidades, de Hospitalización y de Urgencia. En este sentido, la Red Asistencial, es el sistema de organizaciones públicas y en convenio, que se coordinan, potencian y complementan en actividades destinadas a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas y que se operativiza a través de un Modelo de Gestión, que conduce a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración e implica capacitación (nivelación y actualización) continua de sus equipos.

En este Diseño, la Atención Primaria de Salud es el eje del sistema que interactúa fuertemente con la comunidad y con otros sectores, a través de las acciones de prevención, promoción, pesquisa, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, rehabilitación y cuidados paliativos, y, algunas especialidades. Corresponde a la principal puerta de entrada hacia la Red Técnico Asistencial, resolviendo un porcentaje importante de la demanda y originando el Proceso de Referencia y Contrarreferencia hacia las especialidades médicas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos y terapéuticos y la hospitalización

A.2 Modelo de Gestión en Red³

Con el propósito, de llevar a cabo el Modelo de Atención Integral, la Reforma plantea un Modelo de Gestión en Red basado en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud con el Modelo de Salud Familiar, en la transformación hospitalaria con énfasis en la ambulatorización y la articulación de la Red Asistencial, de acuerdo a las necesidades locales

El Modelo de Gestión en Red, consiste en la operación del conjunto de establecimientos, de diferentes niveles de capacidad resolutive, interrelacionados por una serie de protocolos y estilos de trabajo acordados y validados entre los integrantes, que permiten el tránsito de los usuarios entre ellos, de acuerdo al flujo determinado para cada uno de los problemas de salud asegurando la continuidad de la atención.

En este sentido, la Red Asistencial, corresponde a un Modelo de Gestión del quehacer en salud, que conduce a una mayor capacidad resolutive, a un aumento de la eficiencia y la eficacia, mediante el intercambio y la colaboración e implica la nivelación y actualización continua de la formación de sus equipos de salud.

La conformación de la Red Asistencial de cada Servicio de Salud, contempla al “conjunto de Establecimientos Asistenciales públicos que forman parte del Servicio, los Establecimientos municipales de Atención Primaria de Salud de su territorio y los demás Establecimientos públicos o privados que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población”⁴.

La Red de cada Servicio de Salud se organiza “con un primer Nivel de Atención Primaria,

³ Subsecretaría De Redes Asistenciales, División De Gestión De Red Asistencial, Departamento De Gestión De Servicios De Salud. Documento de Trabajo “Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud”. Septiembre 2010.

⁴ Art. ... Ley N° 19.937

compuesto por Establecimientos que ejercerán funciones Asistenciales en un determinado territorio con población a cargo y otros niveles de mayor complejidad técnica que sólo recibirán derivaciones desde el primer nivel de atención conforme a las normas técnicas que dicte al efecto el Ministerio de Salud, salvo en los casos de urgencia y otros que señalen la ley y los reglamentos⁵.

Los establecimientos de atención primaria, sean consultorios, dependientes de municipios, de servicios de salud o tengan convenios con éstos, deberán atender, en el territorio del Servicio respectivo, la población a su cargo. Estos establecimientos, tanto públicos como privados, estarán supeditados a las mismas reglas técnicas y aportes financieros por tipo de población, de servicios brindados y calidad de éstos, y serán supervisados y coordinados por el servicio de salud respectivo.

Los establecimientos señalados en el inciso anterior, con los recursos físicos y humanos que dispongan, prestarán atención de salud programada y de urgencia, además de las acciones de apoyo y docencia cuando correspondiere, pudiendo realizar determinadas actividades en postas, estaciones médicas u otros establecimientos autorizados, a fin de facilitar el acceso a la población.

El establecimiento de atención primaria deberá cumplir las instrucciones del Ministerio de Salud en relación con la recolección y tratamiento de datos y a los sistemas de información que deberán mantener.

Los beneficiarios de la ley N° 18.469 deberán inscribirse en un establecimiento de atención primaria que forme parte de la Red Asistencial del Servicio de Salud en que se encuentre ubicado su domicilio o lugar de trabajo. Dicho establecimiento será el que les prestará las acciones de salud que correspondan en dicho nivel y será responsable de su seguimiento de salud. Los beneficiarios no podrán cambiar su inscripción en dicho establecimiento antes de transcurrido un año de la misma, salvo que acrediten, mediante documentos fidedignos, de los que deberá dejarse constancia, un domicilio o lugar de trabajo distintos.⁶

Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso precedente, los funcionarios públicos del sector salud que sean beneficiarios de la ley N° 18.469, y sus cargas, podrán ser atendidos en el mismo establecimiento asistencial en que desempeñan sus labores, sin perjuicio de que puedan ser referidos a otros centros de salud.”.

Cada Servicio estará a cargo de un director seleccionado, designado y evaluado conforme al Título VI de la ley N° 19.882. Al director le corresponderá la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que presten los establecimientos de la Red Asistencial del territorio de su competencia, para los efectos del cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.⁷

⁵ Art. 16. Ley N° 19.937

⁶ Art 16 ter. Ley N° 19.937

⁷ Art. 18 y 18 bis, Ley N° 19.937

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad resolutoria del nivel primario de atención. Con este objeto, conforme a la ley N° 19.813, determinará para cada entidad administradora de salud primaria y sus establecimientos, las metas específicas y los indicadores de actividad, en el marco de las metas sanitarias nacionales definidas por el Ministerio de Salud y los objetivos de mejor atención a la población beneficiaria. Sobre esta base se evaluará el desempeño de cada entidad administradora. Para efectos de la determinación de dichas metas, deberá requerir la opinión de un Comité Técnico Consultivo presidido por el director e integrado por el Director de Atención Primaria del Servicio de Salud o su representante, un representante de las entidades administradoras de salud ubicadas en el respectivo territorio jurisdiccional y por un representante de los trabajadores a través de las entidades nacionales, regionales o provinciales que, según su número de afiliados, posea mayor representatividad, todo ello sin perjuicio de las consultas adicionales a otras instancias que estime pertinentes.

El Director deberá, asimismo, velar por la referencia, derivación y contra derivación de los usuarios del Sistema, tanto dentro como fuera de la mencionada red.

“Sin perjuicio de lo dispuesto en los Títulos IV y V de este Capítulo, para el desempeño de sus funciones el director tendrá, entre otras, las siguientes atribuciones: “a) Velar y, en su caso, dirigir la ejecución de los planes, programas y acciones de salud de la Red Asistencial; como asimismo, coordinar, asesorar y controlar el cumplimiento de las normas, políticas, planes y programas del Ministerio de Salud en todos los establecimientos del Servicio.

Determinar el tipo de atenciones de salud que harán los hospitales autogestionados y la forma en que éstos se relacionarán con los demás establecimientos de la Red, en los términos del artículo 25 B.”⁸

La red asistencial según la Ley de Autoridad Sanitaria N° 19.937

De modo esquemático se puede señalar que la Reforma de Salud y su Reglamento⁹ clasifican a los establecimientos en dos grandes tipos:

⁸ Ley N° 19.937 de “Autoridad Sanitaria” Publicada en Diario Oficial de 24/02/2004

⁹ “Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red” DTO. N° 38 de 2005

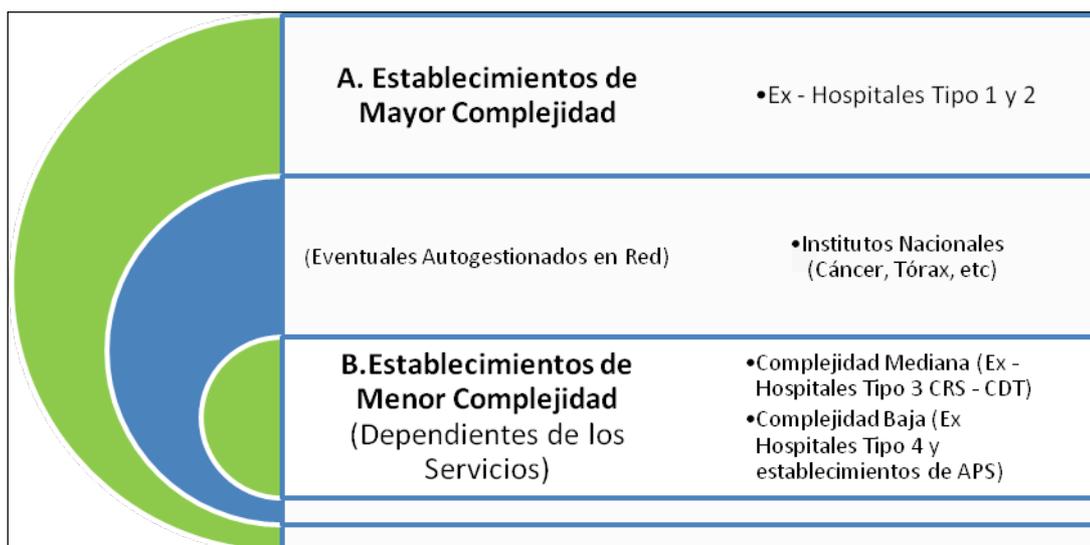


Ilustración 2: Clasificación de los Establecimientos

i. Establecimientos de Mayor Complejidad ¹⁰

Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, podrán obtener la calidad de "Establecimientos de Autogestión en Red", en adelante "Establecimientos Autogestionados", y se regirán por las normas que señala este capítulo y, en forma supletoria, por el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Para estos efectos se entenderá que tienen mayor complejidad técnica aquellos establecimientos que estén clasificados como de alta complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Asimismo, por mayor desarrollo de especialidades se entenderá que los establecimientos, de acuerdo a su complejidad técnica, cuentan con al menos una de las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, y poseen varias subespecialidades de la medicina que no corresponden a las especialidades básicas citadas, tales como cardiología, neurología, nefrología, gastroenterología, oftalmología, otorrinolaringología, entre otras.

La organización administrativa corresponde al conjunto de mecanismos o procesos administrativos que sostienen la gestión asistencial, y que incluyen unidades y procedimientos, tales como sistemas de abastecimiento, contabilidad, información, control de gestión, entre otros, que se disponen de acuerdo al plan de desarrollo estratégico del establecimiento, para facilitar y hacer posible las funciones del establecimiento en forma oportuna, eficaz, eficiente y efectiva.

Corresponde a los antiguos hospitales Tipo 1 y 2, a los que se agregan actualmente los

¹⁰ Art. N° 11 Ley N° 19.937

Institutos de Referencia Nacional para especialidades únicas como son: Instituto de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácica, Instituto Nacional del Cáncer, Instituto de Neurocirugía.

Tienen la posibilidad de constituirse en entidades autónomas, con patrimonio propio y que pudieran darse normas financiero administrativas singulares para su funcionamiento. Deben cumplir la condición de realizar sus actividades coordinadas con las redes de los servicios a los que están adscritos y en los casos de los Institutos Nacionales deben acoger a usuarios de todo el país

Hospitales

El Hospital es el establecimiento destinado a proveer prestaciones de salud para la recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos de personas enfermas y colaborar en las actividades de fomento y protección, mediante acciones ambulatorias o en atención cerrada. Al Hospital le corresponderá otorgar, dentro de su ámbito de competencia, las prestaciones de salud que el Director del Servicio le asigne de acuerdo a las normas técnicas que dicte el Ministerio de Salud sobre la materia.

Con tal objeto propenderá también al fomento de la investigación científica y al desarrollo del conocimiento de la medicina y de la gestión hospitalaria. Será obligación del Hospital la formación, capacitación y desarrollo permanente de su personal, la difusión de la experiencia adquirida y la del conocimiento acumulado.

Institutos:

Recibirá la denominación de "Instituto", el establecimiento destinado a la atención preferente de una determinada especialidad, con exclusión de las especialidades básicas, determinado en esa condición por el Ministerio de Salud, de acuerdo a su complejidad, cobertura y apoyo a la Red Asistencial.

ii. Establecimientos de Menor Complejidad: Dependientes de los Servicios de Salud¹¹

Los establecimientos de salud dependientes de los Servicios de Salud, en adelante los Servicios, que tengan menor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, podrán obtener, si cumplen los requisitos establecidos, la calidad de Establecimientos de Salud de Menor Complejidad, en adelante "Establecimientos de Menor Complejidad" y se registrarán por las normas que señala este capítulo y, en forma supletoria, por el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Asimismo, por menor desarrollo de especialidades se entenderá que los establecimientos, de acuerdo a su complejidad técnica, no cuentan con las especialidades básicas de: medicina interna, obstetricia y ginecología, y pediatría, o cuentan con una o más de ellas, y no poseen o sólo poseen excepcionalmente algunas de las subespecialidades de la medicina que no correspondan a las especialidades básicas citadas.

¹¹ Art.º 1 del "Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red" DTO. N.º 38 de 2005

Para estos efectos se entenderá que tienen menor complejidad técnica aquellos establecimientos de atención primaria o que estén clasificados como establecimientos de Mediana o Baja Complejidad de acuerdo a lo establecido en el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud.

Entre los establecimientos de Menor Complejidad deben distinguirse, a su vez, dos categorías: los de Complejidad Mediana y los de Complejidad Baja

iii. Establecimientos de Complejidad Mediana

A este grupo de establecimientos pertenecen los Ex Hospitales Tipo 3, los Centros de Referencia de Salud CRS y los Centros de Diagnóstico y Tratamiento CDT.

a) Ex Hospitales Tipo 3

Son los que realizan acciones de complejidad mediana, dan atenciones de especialidades básicas y algunas subespecialidades. Cuentan con atención ambulatoria de especialidades, dan atención cerrada en hospitalización, con camas básicas y también intermedias.

Se integran a sus redes correspondientes entregando el tipo de atenciones que las redes les demanden, acorde a lo resuelto por su gestor de red.

b) Los Centros de Referencia de Salud (CRS)

Son establecimientos de atención abierta de mediana complejidad, que proporcionan atención de tipo diagnóstico y terapéutico preferentemente a pacientes referidos por los Consultorios Generales.

c) Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT):

Los Centros de Diagnóstico Terapéutico (CDT) son establecimientos de atención abierta, con procesos de alta complejidad, adosados o no a hospitales, que atienden en forma ambulatoria preferentemente a pacientes referidos por los Centros de Referencia de Salud y consultorios generales, y a personas hospitalizadas en el establecimiento al cual está adosado. Cuentan con Laboratorios y pabellones quirúrgicos que les permiten resolver de forma ambulatoria las derivaciones de sus redes.

iv. Establecimientos de Complejidad Baja:

Los establecimientos de baja complejidad, según las definiciones legales anteriores, son los Consultorios y las Postas de Salud Rural. A estos deben agregarse los Hospitales de Baja Complejidad, actualmente en transformación a Hospitales Comunitarios, que a continuación se detallan:

a) Hospitales de Baja Complejidad en transformación a Hospitales Comunitarios:

El Hospital de la Familia y la Comunidad (HFC), es un establecimiento que forma parte de la estrategia de atención primaria, entendida como la manera de organizar el conjunto de la

atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales, en la que la prevención es tan importante como la cura y en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención¹². En este marco, estos centros brindan una amplia gama de servicios de atención: ambulatoria, cerrada, urgencia, domiciliaria y hacia la comunidad; todo ello desde la perspectiva de las necesidades y preferencias de la población del territorio al que pertenece, considerando como tal, aquel de dónde proviene la población que acude al centro, más allá de la definición político administrativa de los municipios.

Estos establecimientos también forman parte de la Red asistencial de los territorios y por tanto están disponibles con sus recursos, en forma solidaria, para el resto de la red asistencial y del mismo modo cuentan con los recursos de ésta para los casos que superen su capacidad resolutive instalada. En tal sentido también constituyen un puente de desarrollo del Modelo de Atención Integral y Comunitario para todos los establecimientos de la red asistencial.

Todo ello define el carácter particular de estos centros hospitalarios, cuyo eje es asumir la responsabilidad del cuidado integral de la salud de la población de un territorio, contribuir a la continuidad del cuidado en la red asistencial y contribuir al desarrollo social de las comunidades.¹³

b) Consultorios Generales:

Son los establecimientos esenciales para dar la Atención primaria de salud; corresponde al que tiene por objeto satisfacer las necesidades ambulatorias del nivel primario y que cuenta con todas las características de infraestructura, recursos humanos y equipamientos necesarios para dar una atención integral a su población a cargo. Podrán ser urbanos o rurales según se ubiquen en localidades de iguales características.

Realizan actividades de prevención, promoción, tratamiento y recuperación, en los distintos aspectos de la salud familiar e individual, que abarcan todo el ciclo vital, que consideran las características de las diversas comunidades donde se insertan, y para realizar sus actividades trabajan considerando los determinantes sociales de la salud de dichas comunidades y brindan sus prestaciones con pertinencia cultural.

CESFAM: Corresponden a consultorios que han adquirido la certificación como centros de salud integral, con enfoque familiar y comunitario. La certificación se obtiene mediante un trabajo sistemático de los equipos de salud; quienes desarrollarán competencias y destrezas específicas para aplicar las actividades trazadoras de dicho modelo. Éstos, han sido certificados periódicamente mediante instrumentos de medición especialmente formulados para su evaluación en las diversas áreas de desarrollo propuestas.

Cuentan, entre sus estrategias el trabajar en forma sectorizada, con equipos de cabecera a cargo de familias; su programación se hace sectorizadamente, se trabaja con familias con enfoque biopsicosocial, se fomenta el autocuidado y los estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales, con constantes nexos con el intersector, las acciones son

¹² Informe sobre la salud en el mundo 2008 «La atención primaria de salud, más necesaria que nunca» M. Chan, Directora General de la OMS. Octubre 2008

¹³ “Marco Referencial para los Hospitales Comunitarios” DIVAP-MINSAL Documento de Trabajo 2008

participativas en todas sus etapas, la atención está en medicina basada en evidencia y se apoya en guías y protocolos, se buscan resultados sanitarios, con permanente mejora de coberturas y compensaciones, disminuyendo agudizaciones o agravamientos de patologías crónicas, disminuyendo hospitalizaciones evitables, disminuyendo daños a las familias tales producidas por disfunciones tales como VIF, alcoholismo y/o drogadicción, mediante la aplicación de estrategias antropológicas y sociológicamente aceptables en el trabajo multisectorial.¹⁴

c) Postas de Salud Rurales:

“Las Postas de Salud Rural tienen como propósito contribuir a la satisfacción de las necesidades de salud de las comunidades rurales con pertinencia cultural, a través del conjunto de acciones, que incluyen la atención de salud, la promoción, prevención de las enfermedades y el auto cuidado de la salud; promover el desarrollo de las personas, familias y comunidad, en el ejercicio de sus derechos así como su acceso al sistema de protección social.”¹⁵

CECOSF: No son establecimientos por sí mismos. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio o CESFAM, que dan prestaciones de modo desconcentrado, insertos en el nivel local. Entregan una parcialidad de las prestaciones del Plan de Salud Familiar. El diseño de la estrategia, con base comunitaria en su origen, está orientado a la atención máxima de 5 mil personas, en un territorio geográfico definido y que ejecutan fundamentalmente acciones de tipo promocional y preventivo.

ESTACIONES MÉDICO RURALES: No son establecimientos por sí mismos. Al igual que los CECOSF corresponden a estrategias de trabajo; actualmente esta estrategia esta en disminución como consecuencia de la disminución de la ruralidad en el país. Son estrategias de intervención dependientes de un Consultorio, CESFAM, PSR y ocasionalmente de un Servicio de Salud. Funcionan por medio de atenciones que otorga el equipo de salud de un consultorio o una Posta a las poblaciones usuarias, en zonas de máxima dispersión, en locales provistos por la comunidad. Son asistidos por rondas de profesionales o técnicos en forma periódica.

A.3. Proceso de Diseño de la Red de los Servicios de Salud¹⁶

Para la elaboración de la programación en red, es necesario considerar, el ordenamiento previo de los componentes de la Red, a través de la aplicación de un Proceso de Diseño y/o Rediseño de la Red de los Servicios de Salud.

14 “En el Camino a Centro de Salud Familiar” MINSAL Subsecretaría de Redes Asistenciales 2008

15 “Nuevos Estándares para Postas de Salud Rural” Documento de trabajo DIVAP- MINSAL 2009.

16 Subsecretaría De Redes Asistenciales, División De Gestión De Red Asistencial, Departamento De Gestión De Servicios De Salud. Documento de Trabajo “Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud”. Septiembre 2010.

En este sentido, se presentan orientaciones para la elaboración del Proceso de Diseño, Implementación y Evaluación de la Red de cada Servicio de Salud, tomando como unidad de análisis el Servicio de Salud, ya que considerando la articulación de sus Establecimientos o componentes, es una Red en sí misma.

El siguiente esquema resume las etapas, los elementos relevantes y el ordenamiento metodológico para realizar un Proceso de Diseño de la Red del Servicio de Salud, basado en el Modelo de Atención Integral y operacionalizado a través del Modelo de Gestión de Redes Asistenciales.

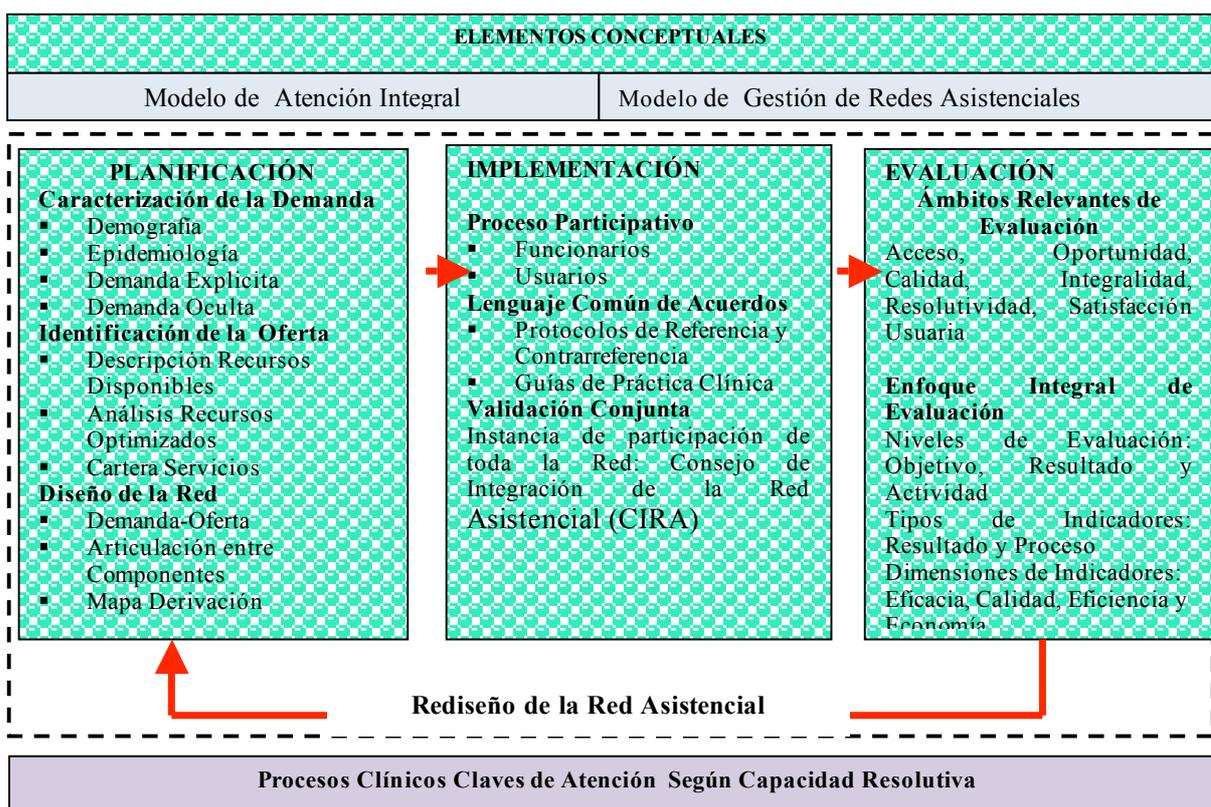


Ilustración 3: Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud

B. Eje Asistencial

B.1. Modelo de Atención Integral en Salud

El Modelo de atención constituye un elemento eje de la Reforma del sector, siendo aplicable a toda la Red de Salud. Sus elementos centrales son:

a) Enfoque Familiar y Comunitario

Entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que se centra en el cuidado integral de las familias, preocupándose de la salud de las personas antes que aparezca la enfermedad y entregándoles herramientas para el auto cuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludable, en fomentar la acción multisectorial y fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud.

Está orientado a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, condiciones para el mantenimiento y el cuidado de la salud, dar respuesta a sus necesidades de manera integral e integrada, continua, oportuna y eficaz, accesible y de calidad. Para ello, los Centros de Salud, deben contar con equipos, que hayan desarrollado habilidades y destrezas adecuadas para tener una mirada amplia en la atención de salud de las personas y por ende abordar además el trabajo con familias y comunidades para su acompañamiento a lo largo de su ciclo vital.

Supone incluir la diversidad de formas de familia y las relaciones al interior de las mismas. El mayor desafío se encuentra en el desarrollo de habilidades y destrezas que permitan a los equipos de salud analizar el proceso salud enfermedad, mirándolo desde una perspectiva sistémica. En este enfoque se entiende a la familia como una unidad básica de parentesco que incluye a todos aquellos que viven juntos o se reconocen como entidades emocionales, relacionales y sociales significativas en la cual los roles y normas se centran sobre la protección recíproca de sus miembros, la regulación de las relaciones sexuales, la crianza de los niños y la definición de relaciones de parentesco” (Fried, 2000).

b) Responsabilidad compartida entre todos los miembros de la familia por la salud de cada uno de sus integrantes.

Se promueve la participación de la familia tanto en las actividades preventivo-promocionales como en las recuperativas. Especialmente se favorece la participación de la pareja o persona significativa para la madre en el proceso reproductivo; del padre y la madre u otra figura responsable en el cuidado de los hijos; de algún integrante de la familia y comunidad en el cuidado de las personas con enfermedades crónicas, adultos mayores, discapacitados, personas postradas o en fase terminal de alguna enfermedad.

c) Prestación de Servicios Integrados e integrales

A pesar de que tradicionalmente en la atención de salud se habla de consultas y controles, se espera que en cada contacto con individuos, familias y comunidades, se visualice la oportunidad para incorporar acciones de Promoción de la salud y prevención de enfermedades, fomentando el autocuidado individual y familiar y la generación de espacios saludables. El equipo de salud debe ser capaz de actuar con Servicios Integrados y acordes a las particularidades socioculturales de la población usuaria, especialmente en los problemas psicosociales prevalentes y emergentes en la población, la que cada vez más instruida e informada de sus derechos, tiene expectativas crecientes respecto a los Servicios de Salud. Las personas exigen y deben ser tratadas con dignidad, que se les informe respecto a sus alternativas terapéuticas y que se les otorgue la oportunidad de decidir respecto a su salud.

La preocupación por lo que espera cada persona que se acerca en busca de atención de salud y el buen trato, son parte de la calidad y del abordaje integral. La prestación de Servicios integrados en una Red Asistencial supone que en la definición de los horarios de funcionamiento de un establecimiento de Atención Primaria, se deben desarrollar acciones para facilitar la atención de personas que trabajan. Esto se materializa en el funcionamiento de los establecimientos con extensión horaria, en los términos establecidos por la Ley.

B.2. Gestión de Garantías Explícitas en Salud

La gestión de la provisión de las prestaciones definidas anualmente, por Ley, en el Régimen

de Garantías Explícitas en Salud es un importante desafío para las Redes Asistenciales, responsables de asegurar el acceso de la población beneficiaria del Sistema Público de Salud a esas prestaciones. La APS (junto a los Servicios de Urgencias y Hospitalarios) son la instancia de la Red Asistencial en que se origina la demanda y es responsable de mantener el equilibrio entre la oferta de atenciones del sistema de garantías explícitas (GES) y de la oferta del régimen general de garantías.

En este contexto, para la Red Asistencial, son procesos especialmente importantes: la sospecha fundada, el tratamiento según protocolo y la derivación oportuna y pertinente a los niveles de mayor complejidad tecnológica. La definición de los procesos clínicos realizada para responder a las garantías explícitas, ha permitido avanzar en una metodología que es aplicable a cualquier problema de salud y que consiste, en determinar los requerimientos para responder de manera oportuna y con calidad, definir las brechas de equipamiento, infra-estructura y capacitación de los Recursos Humanos y estimar las inversiones que son necesarias para corregir dichas brechas. Estos aspectos deben formar parte de la planificación para la entrega de servicios de salud en la Red Asistencial.

Así mismo la Gestión de Garantías Explícitas requiere de una organización específica de funciones que buscan velar por el cumplimiento de las garantías, dicha organización debe considerar más que el cargo en lo estructural, el cumplimiento de la función que se deberá asociar a aquél agente de la estructura existente que más contribuya a cumplirlo, como se detalla a continuación:

Encargado AUGÉ: Objetivo: Asegurar la continuidad de la atención del usuario en una red explícita definida en áreas de atención de salud locales, regionales y nacionales. Aspectos específicos a considerar:

- Coordinación de la Red, Macro-Red y privados, en convenio, para la derivación y contra derivación
- Organización de la oferta: programación de la Red
- Monitoreo activo de garantías
- Monitoreo del registro informático
- Asegurar los conocimientos técnicos en los equipos de la red
- Prevención y resolución de contingencias
- Monitoreo de la producción y la capacidad productiva
- Entrega oportuna de información y resolución de reclamos (referido a usuarios – beneficiarios)
- Liderazgo operativo con evaluación permanente y periódica del Equipo GES

Monitor SIGGES: Objetivo: Asegurar la calidad y oportunidad de la información asociada al SIGGES y el registro confiable y oportuno. Aspectos específicos a considerar:

- Registro y sistema de información para el monitoreo.
- Articulación y liderazgo de una red de monitores por Establecimiento de Salud.
- Calidad y oportunidad del registro
- Monitoreo de la implantación
- Acompañamiento en la adopción y uso de las prácticas y herramientas

- Operacionalización de los procedimientos de Registro
- Coordinación Capacitación de los usuarios e información a los usuarios SIS
- Resolución de dudas de registro y contingencias

Se dividen en Monitores SIGGES del Servicio de Salud, de Hospitales y de Atención Primaria de Salud. En particular al Monitor SIGGES de los Servicio de Salud les corresponde además la capacitación y actualización de información recibida desde el Equipo SIGGES Minsal en su Red local y responsabilizarse de la solicitud de claves de acceso a la herramienta SIGGES según los perfiles de Monitor o digitador para cada uno de los establecimientos pertenecientes a la Red de su Servicio de Salud.

Digitador SIGGES: Objetivo: Realizar el registro de información respectiva en la herramienta SIGGES con la calidad, confiabilidad y oportunidad requerida. Aspectos específicos a considerar:

- Ingreso de eventos parametrizados para cada problema de Salud: IPD, SIC; Prestaciones otorgadas, orden de Atención.
- Ingreso de toda la actividad de producción asociada a la actividad GES del establecimiento.
- Uso de CAT: define código de trazadoras de registro para pago y monitoreo.
- Calidad y oportunidad de registro.
- Resolución de dudas de registro y contingencias.
- Reporte de errores y reingreso de modificación en el sistema SIGGES.
- Seguimiento de casos con problemas de registro en conjunto con el monitor SIGGES.
- Actuar como fuente de información interna de temas relacionados al registro.

Encargados de las Oficinas OIRS/ Reclamos Ges: Objetivo: Asegurar la información a la comunidad y los beneficiarios de las garantías explícitas y sus derechos y obligaciones, así como el ciclo de reclamos GES y su resolución. Aspectos específicos a considerar:

- Coordinación con oficinas OIRS (procesamiento y retroalimentación para la toma de decisiones)
- Coordinación con FONASA
- Plan Comunicacional Interno y Externo
- Creación de redes comunicacionales al interior del sistema
- Monitoreo de reclamos GES, pertinencia, resolución o disolución.

El proceso de evaluación del cumplimiento de garantías: la evaluación del estado de cumplimiento de las garantías de cada Red por Servicio de Salud, resulta de vital importancia, ya que permite conocer la situación de cumplimiento dentro de lo establecido por la ley e identificar oportunamente los riesgos de incumplimientos que deberán ser entregados al siguiente nivel de gestión dado en la figura del gestor de Red del Servicio de Salud, según su evaluación de oferta a nivel local, requerirá tal vez de la intervención del Directorio de Compra Regional o del Seguro de Salud directamente.

El modelo de gestión de garantías debe formar parte del Modelo de Atención en general, dentro del ciclo de atención de las personas agregando el concepto del cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud.

Programación de Producción de actividad Ges en la Red de Atención:

La actividad Ges comprometida por cada establecimiento hospitalario con su SS, y éste a su vez, con el FONASA, está contenido en el Contrato de Prestaciones Valoradas GES, que constituye un contrato de producción que se traduce en el financiamiento por las prestaciones a realizar comprometidas para el año de la suscripción de dicho contrato, lo que se traduce en la transferencia en doceavos de dicho acuerdo de producción. Por tal razón, es importante evaluar la oferta disponible, conocer los universos de garantías respectivos, levantar las herramientas de gestión adicionales posibles como: convenios, uso de contratos marcos, licitaciones públicas, extensiones horarias, etc. Al final de dicho periodo el balance deberá equilibrar el financiamiento recibido con la actividad realizada

La Atención Primaria no suscribe este tipo de contratos de programación con FONASA debido a que su modelo de financiamiento es distinto. En este caso, la programación de la actividad GES debe estar contemplada en Plan anual de Salud, en un marco de integralidad con el resto de las prestaciones que brinda la Atención Primaria.

Es importante señalar que dado que la Atención Primaria de acuerdo a la Ley 19.966 es la puerta de entrada al GES (excepto urgencias, recién nacidos y parto), la programación global de la actividad GES del Servicio de Salud, debe considerar los casos en sospecha que la atención primaria detectará y derivará a los siguientes niveles, lo que a su vez son dependientes de los siguientes factores:

- Grado Información a la comunidad y al paciente GES, campañas educativas y preventivas.
- Grado de cobertura del examen de medicina preventivo (detección precoz)
- Grado de conocimiento de las guías clínicas GES y acatamiento a sus recomendaciones.
- Pertinencia de la derivación. Existencia de normas de derivación y de contra-derivación.
- Nivel de resolutivez de la APS; disponibilidad de especialistas en APS, equipamiento (laboratorio, radiografías, eco tomografías)
- Modelo de atención del GES; el que determina el nivel de resolución preferente de los problemas de salud GES en la Red. En este sentido le corresponde a la APS, en forma preferente la atención (sospecha, diagnóstico y tratamiento) de los siguientes Problemas de Salud Ges:
 - ✓ Hipertensión arterial esencial,
 - ✓ Diabetes mellitus tipo 2,
 - ✓ Depresión leve y moderada,
 - ✓ Presbicia,
 - ✓ Entrega de Ortesis,
 - ✓ Artrosis de cadera y/o rodilla leve y moderada,
 - ✓ Ira,
 - ✓ Neumonía,
 - ✓ Epilepsia no refractaria,
 - ✓ Salud oral integral de 6 y 60 años,
 - ✓ EPOC,
 - ✓ Asma bronquial,
 - ✓ Urgencia odontológica,

- ✓ Plan ambulatorio básico consumo perjudicial de OH y drogas.

C. Eje Gestión de Recursos

C.1. *Gestión de Recursos Financieros.*

La gestión de los recursos financieros en Atención Primaria se inscribe dentro de un contexto mayor de la administración de los recursos estatales en los distintos niveles de gobierno; estos recursos se insertan en una lógica macro de presupuesto por resultados, esto es, reconociendo la importancia de la asignación de recursos transparente, la necesidad de dar cuenta a la comunidad y a los distintos actores sociales involucrados, dónde se gasta, cómo se gasta, quienes son beneficiados y cómo se han financiado los gastos efectuados. Esto cobra especial importancia en salud, pues involucra a las personas y su bienestar.

En ese contexto, en la Atención Primaria, existen distintas dependencias administrativas, con diferentes mecanismos de pagos y con marcos legales claramente determinados. Asimismo, la Ley de presupuesto del sector contempla el programa presupuestario de la Atención Primaria, donde se especifican los recursos para el gasto, en el concepto de transferencias corrientes a otros organismos del sector público, tanto para el caso de la dependencia de administración municipal, como la dependencia directa de los Servicios de Salud. En ambos casos además, existen glosas específicas en la Ley de presupuesto, que identifican en qué dependencia y cuánto se ha de gastar anualmente.

Además, es preciso resaltar que el Sistema de Información para la Gestión Financiera del Estado (SIGFE), instalado en el sector de salud, reconoce para el caso de la Atención Primaria, el programa presupuestario respectivo y las grandes aperturas en las dependencias municipal y de Servicios de Salud.

En suma, es fundamental profundizar la coherencia del sistema de salud primario en el tiempo, cuidando de las ventajas adquiridas en transparencia, flexibilización y eficiencia en la gestión de presupuestos de salud, y, consolidando el rol de la gestión a nivel local, con mayor fortalecimiento de la APS, y que considere no sólo la resolución de los problemas de salud, sino también la promoción y prevención, resguardando el sentido de integralidad de la salud primaria.

Financiamiento de la Atención Primaria de Salud.

La Atención Primaria (APS) posee distintos mecanismos y fuentes de financiamiento, así como distintas dependencias administrativas. Se distingue la Atención Primaria de Salud Municipal cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos.

La Atención Primaria dependiente de los propios Servicios de Salud cuya administración es del Servicio de Salud correspondiente, considerando en ésta, sus establecimientos, consultorios generales rurales y urbanos, adosados o no, postas de salud rural, estaciones, y, adicionalmente hospitales de menor complejidad, que efectúan acciones de nivel primario, y, Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que a través de convenios DFL 36/80 con los

Servicios de Salud respectivos, ejecutan acciones de nivel primario de atención.

La APS municipal, posee un marco jurídico que sustenta los aportes estatales a la salud administrada por los municipios el que se encuentra en la ley N° 19.378, artículos 49 y 56, y se refleja en dos mecanismos de pago per cápita y pago prospectivo por prestación (programas).

Además, el aporte fiscal a la APS, se encuentra regulado en la Ley de Presupuestos del Sector Público, Partida 16, capítulo 02, Programa 02 de Atención Primaria, considerando dos glosas: 01 asociada a la APS dependiente de los Servicios de Salud que incluye los recursos para el financiamiento del aporte destinado a las organizaciones no gubernamentales, bajo convenios DFL 36/80, y, la 02, a la APS Municipal.

Se distinguen los siguientes mecanismos de financiamiento, según dependencia administrativa:

C.1.1. Atención Primaria de Salud Municipal:

Mecanismo de Pago Per Cápita.

Hasta junio de 1994, el sistema de asignación de recursos a la Atención Primaria Municipalizada, estaba caracterizado por el pago de las atenciones prestadas, más comúnmente conocido como el Mecanismo de Facturación por Atención Prestada en Establecimientos Municipalizados (FAPEM). Dicho mecanismo operaba sobre la determinación de ciertos techos comunales, discrecionalmente definidos por la autoridad regional. El mecanismo FAPEM generaba incentivos a la sobrefacturación de prestaciones sin reparar en su calidad, ya que estaba asociado a realizar una mayor cantidad de acciones, principalmente aquellas con mayor precio relativo en el arancel.

Considerando las deficiencias que implicaba un mecanismo como el FAPEM, a partir de julio de 1994, se puso en marcha un nuevo mecanismo de asignación de recursos, denominado, el sistema de pago per-cápita a la atención primaria municipalizada el cual prioriza la entrega de recursos a las comunas de mayor pobreza, ruralidad, con mayor dificultad de acceso a los beneficios, distancias geográficas y con mayor dificultad para prestar las atenciones de salud. El artículo 49 define de manera específica el sustento para el mecanismo de Pago Per Cápita.

El Per Cápita es un mecanismo de financiamiento que paga de acuerdo a la población beneficiaria, por un precio estipulado por Ministerio de Salud en referencia a una canasta de prestaciones, llamada Plan de Salud Familiar. Este mecanismo está basado en el plan de salud familiar y sus programas y la inscripción de la población beneficiaria.

Con relación al plan de salud familiar, se menciona que su cálculo se efectúa con base a una población tipo de 10.000 habitantes, considerando un perfil epidemiológico y demográfico representativo de la población chilena, de acuerdo a parámetros de cobertura y de rendimientos asociados al personal médico y no médico que trabajan en los distintos establecimientos de la atención primaria.

El plan de salud familiar, considera los distintos programas de salud, tales como: programa de salud del niño, del adolescente, del adulto y del adulto mayor, de la mujer, odontológico, del ambiente y garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención.

Para el cálculo del plan de salud familiar se ha considerado la dotación necesaria de acuerdo a parámetros y normas Ministeriales, tomándose como referencia las normas contenidas en la Ley N° 19.378 - Estatuto de Atención Primaria, para su valoración. A su vez, cada una de las actividades sanitarias consideradas en el plan de salud familiar, consideran grupo objetivo y coberturas; finalmente se calculan los costos asistenciales, sobre los cuales se estiman los costos de administración, de farmacia, de operación y de administración municipal; con base a todos los anteriores costos, se establece un precio unitario homogéneo denominado per cápita basal, para todas las personas pertenecientes a la población beneficiaria, sin distinción de cualquier tipo y todas las comunas del país pertenecientes al sistema.

Per Cápita Basal

El per cápita basal se define como el aporte básico unitario homogéneo, por beneficiario inscrito en los establecimientos municipales de atención primaria de salud de cada comuna, se considera a la población certificada (inscrita y validada) por comuna, definida en octubre del año anterior al que comienza a regir el decreto con los aportes correspondientes. Los factores de incremento del per cápita basal, consideran: el nivel socioeconómico de la población potencialmente beneficiaria, contemplando en este criterio a comunas con diferentes grados de pobreza y la población potencialmente beneficiaria de 65 años y más de las comunas adscritas al sistema; La dificultad para prestar atenciones de salud; La dificultad para acceder a las atenciones de salud;

Aplicación de Criterios de Incremento del Per Cápita Basal:

i. Pobreza:

Se considera el Índice de Privación Promedio Municipal, IPP, elaborado con base a la información proporcionada por la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo (SUBDERE) a través del Sistema Nacional de Información Municipal (SINIM). Este indicador mide la capacidad económica del municipio, mediante la mayor o menor dependencia del Fondo Común Municipal (FCM) y varía entre 0 y 1. Más cercano a 1 implica mayor dependencia de FCM y por ende mayor pobreza o menor capacidad de generar recursos propios. Existen cuatro tramos de pobreza e incrementos respectivos en el per cápita basal:

- Tramo 1: 18%
- Tramo 2: 12%
- Tramo 3: 6%
- Tramo 4: 0%

ii. Riesgo asociado a edad

Por el mayor costo relativo de la atención de adultos mayores en salud, a las comunas con población potencialmente beneficiaria de 65 años y más, se incorpora una asignación adicional por cada uno de ellos que asciende a \$ 448 (en pesos de 2010) por persona de 65 años y más, a cargo, por mes.

iii. Ruralidad.

Incremento por ruralidad: 20%. De acuerdo al CENSO de 2002, se clasifican las comunas en rurales y urbanas, considerando rural toda comuna en la cual población rural sea igual o mayor al 30%, así como, aquella en que la entidad respectiva administre solamente establecimientos rurales, tales como consultorios generales rurales, postas rurales, estaciones médicos rurales.

iv. Referencia de Asignación de Zona.

Para las comunas con diferentes grados de dificultad para acceder a las atenciones de salud, se ha considerado en forma referencial el porcentaje de asignación de zona establecido en artículo 7° del Decreto Ley N° 249, estructurado en diferentes tramos, con porcentajes de incremento que van desde 0% a 24%. La matriz que refleja este factor de incremento se muestra a seguir:

Referencia de Tramos de Asignación de Zona, en %	0	10	15	20	25	30	35	40	55	70% y más
% de Incremento sobre Per Capita Basal	0%	4%	5%	7%	9%	10%	12%	14%	19%	24%

v. Desempeño Díficil.

Comunas con diferentes grados de dificultad para prestar atenciones de salud, en que la dotación de los establecimientos municipales de atención primaria de salud deba recibir la asignación de desempeño difícil a la que se hace mención en los artículos 28.29 y 30 de la Ley N° 19.378.

Los recursos que resultan de la combinación de los distintos factores de incremento del per cápita, permiten la implementación de un Plan de Salud Familiar, al que tienen derecho los beneficiarios del sistema público inscritos en cada comuna. Este aporte estatal a la salud municipal, que plasma el plan de salud, se financia con aporte fiscal y se efectúan las transferencias a través de los Servicios de Salud a los Municipios, con base a Decreto fundado anual suscrito por los Ministerios de Hacienda, Interior y Salud y resoluciones respectivas. El decreto vigente para el año 2010 es el N° 70 del Ministerio de Salud



Ilustración 4: Construcción transferencia base comunal, mecanismo per – cápita, 2010

Mecanismo Pago Prospectivo por Prestación – Programas.

El aporte estatal vía el mecanismo de pago de per cápita, se complementa con aportes estatales adicionales, normados en el artículo 56 de la ley N° 19.378. Su mecanismo es de pago es prospectivo por prestación.

Estos aportes se entregan vía convenios suscritos entre los respectivos Servicios de Salud y los Municipios correspondientes en el caso que las normas técnicas, planes y programas que imparta con posterioridad el Ministerio de Salud impliquen un mayor gasto para la entidad administradora de salud municipal, esto es, cuando se requiere de otras acciones distintas a aquellas que se encuentran consideradas en el Plan de Salud Familiar.

Los recursos asociados al artículo 56, se encuentran además, señalados en la Glosa 02, del programa presupuestario de la atención primaria determinado por la ley de presupuestos del sector público¹⁷, y están destinados al financiamiento de la atención primaria desarrollada en las entidades administradoras de salud municipal, debiendo ser asignados, sobre la base de convenios suscritos entre los Servicios de Salud y las respectivas entidades administradoras de salud municipal, y, de las instrucciones o acuerdos del Ministerio de Salud, lo que se refleja en Programas Ministeriales aprobados por Resolución, sin perjuicio de las funciones de supervisión que deban efectuar los Servicios de Salud.

Conforme la Ley 19.378 y sus modificaciones, las autoridades que suscriban convenios entre los Municipios que administran salud y los Servicios de Salud correspondientes, son el Alcalde o Alcaldesa y el Director (a) del Servicio en su rol de gestor de redes. Asimismo, las transferencias de recursos, conforme la regulación vigente, es desde los Servicios de Salud hacia los Municipalidades.

Cabe resaltar que, para cada Programa Ministerial, se agrega de manera explícita a contar del año de 2010, la existencia de Resolución de Distribución de Recursos del Ministerio de Salud; esto se traduce en que para el caso de los convenios citados, existen como requisitos que los sustentan, los siguientes documentos:

- a) Programa Ministerial de acciones sanitarias y/o actividades tendientes a reforzar el desarrollo de la atención primaria de salud, donde se explican los objetivos, las acciones, actividades y demás elementos necesarios para comprensión de la política sectorial respectiva, metas, indicadores, criterios de evaluación, medición y reliquidación, y fuente de financiamiento correspondiente, según dependencia administrativa a que se aplica dicho Programa;

¹⁷ Ley N° 20.047, de Presupuestos del Sector Público Año 2010.

- b) Resolución Ministerial que aprueba dicho Programa;
- c) Resolución Ministerial, que distribuye los recursos a nivel de los Servicios de Salud.
- d) Convenio tipo, según dependencia administrativa, el que se constituye una referencia para su aplicación a nivel local.
- e) Resolución aprobatoria del Servicio de Salud correspondiente, que aprueba el convenio suscrito entre las partes.

Todo cambio entre sub títulos de gasto, incremento o rebaja de asignaciones durante el año, implican una modificación de las resoluciones ministeriales que distribuyen los recursos a nivel de los Servicios de Salud donde tales movimientos financieros deben quedar reflejados, originado con ello, un ciclo recurrente a considerar en los convenios y en las respectivas resoluciones aprobatorias de los mismos, que son los actos administrativos que implican la total tramitación. Tales resoluciones pueden ser exentas o afectas, en este último caso, por el monto del convenio que se presenta, deben ser enviadas a análisis y aprobación (toma de razón) de la Contraloría.

C. 1.2. Financiamiento Local a la Atención Primaria de Salud Municipal

Se debe destacar como fuente de financiamiento, a la salud primaria de administración municipal, los aportes propios que establece cada Comuna para atender a las necesidades de salud de la población a cargo, en forma complementaria a los aportes estatales señalados anteriormente.

C.1.3. Atención Primaria Dependiente de los Servicios de Salud:

Esta dependencia, se regula por el Estatuto Administrativo en cuanto a dotación, por el decreto ley N° 2.763 y sus modificaciones y, por la ley N° 19.937.

Vinculada a la glosa 01 del Programa Presupuestario de APS, se señalan los recursos destinados al financiamiento de la atención primaria desarrollada en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. En este ámbito, se congregan los establecimientos cuya dependencia administrativa es de los propios Servicios de Salud, y, aquellas organizaciones que con base al DFL 36/80, celebran convenios con los Servicios de salud correspondientes, para ejecutar acciones de atención primaria.

En cuanto a su financiamiento, se regula a través de:

Ley de presupuesto, glosa 01 del programa presupuestario de la Atención Primaria, donde se establece que los recursos destinados a financiar a los establecimientos que realizan acciones del nivel primario de dependencia del Servicio de Salud, deberán ser transferidos a dichos establecimientos, de acuerdo a convenios que se suscriban entre los Directores de los respectivos Servicios de Salud y los directivos de dichos establecimientos enmarcados en un Programa, aprobado por resolución del Ministerio de Salud, donde se especifiquen en general, los objetivos y metas, prestaciones y establecimientos de atención primaria involucrados, así como, las actividades a realizar, indicadores y medios de verificación. Los convenios deberán ser aprobados por resolución del Director del Servicio.

Los recursos asignados en la ley de presupuesto, vía Programas, que se sustentan en Protocolos y/o Resoluciones con base a las orientaciones de las distintas líneas programáticas, debidamente firmados por los directivos de establecimientos de salud primaria de esta dependencia y los Directores de los Servicios de salud correspondientes. En este caso, se aplican las mismas consideraciones establecidas para la dependencia de administración municipal.

Los mecanismos de pago vigentes son: pago prospectivo por prestación y presupuestos históricos.

El pago prospectivo por prestación está vinculado a Programas de Salud, aprobados por resolución ministerial, y a los respectivos convenios y protocolos de acuerdos celebrados entre el Director del Servicio de Salud respectivo y los Directivos de dichos establecimientos dependientes, enmarcados en un programa aprobado por resolución ministerial, que debe contemplar, en general, los objetivos, y metas, prestaciones y establecimientos involucrados, indicadores y medios de verificación.

Se contemplan también, presupuestos históricos de atención primaria que sustentan las acciones de nivel primario de los establecimientos dependientes.

C.1.4. Otros Aportes Fiscales a la Salud Primaria

Tales recursos con cargo a aporte fiscal, se encuentran determinados en la Ley de Presupuestos del Sector Público en la partida 16 y se describen a seguir:

a) Bienes de Salud Pública.

Para los bienes de salud pública se consideran recursos señalados en el Capítulo 09, Programa 01, considerando entre ellos, Plan Ampliado de Inmunizaciones, Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC), y, Programa de Alimentación Complementaria para el Adulto Mayor (PACAM).

En este mismo Capítulo, para el año 2010, se abrió el Subtítulo de gasto de Transferencias Corrientes a Otras Entidades Públicas, Sub título 24 ítem 03 298, Ley N°19.378, que contempla los recursos destinados a financiar acciones y actividades de promoción en la atención primaria de salud, quedando de esta manera tales iniciativas acogidas en el ámbito de la salud pública.

b) Refuerzo Estacional. Campaña de Invierno. Capítulo 10, Programa 01.

En función de refuerzo asistencial estacional para las atenciones de salud en toda la Red Asistencial, se establece el “Programa Campaña de Invierno”. Esta estrategia procura enfrentar en la red asistencial las infecciones respiratorias agudas (IRA), las que constituyendo un problema epidemiológico nacional que afecta a un número importante de la población durante todo el año, pero que en un determinado momento del mismo, caracterizado por un conjunto de variables: exposición a contaminantes, frío, humedad y virus circulantes, donde las enfermedades adquieren un carácter epidémico que determina gran impacto en mortalidad y morbilidad, requiere de refuerzo asistencial estacional y

campaña de comunicación social para educación a la comunidad. Estos aportes se focalizan preferentemente en menores de un año y en los mayores de 65 años, que son los grupos biológicamente más vulnerables.

c) Protección Social. Capítulo 10, Programa 01.

Asociado a acciones de promoción y prevención, se establece el Programa de Apoyo al Recién Nacido, destinado a mejorar las condiciones de atención y cuidado para el desarrollo infantil; así como también, a fomentar la instalación de interacciones y relaciones de apego seguro entre los padres, madres, cuidadoras(es) y sus hijos o hijas.

d) Inversión Sectorial de Salud. Capítulo 10, Programa 02:

Se consideran asimismo, recursos contemplados para inversiones de financiamiento sectorial. Se relaciona con el financiamiento de obras civiles y equipamientos para nuevos consultorios y postas de salud rural y sus reposiciones. Este programa contempla glosa 01 en la Ley de Presupuestos que señala que el Ministerio de Salud debe informar trimestralmente a las Comisiones de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado y a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos, el avance de la ejecución del mismo, desglosado por Servicio de Salud y Comuna.

C.2. Eje de Recursos Humanos

C.2.1. Fundamentación

La formación y capacitación de recurso humano¹⁸ es uno de los ejes para el avance del Modelo de Atención Integral de Salud. Esto se fundamenta en que el principal instrumento de trabajo en este nivel, es el capital humano, con sus conocimientos, habilidades, destrezas y competencias.

Para avanzar en la implementación del Nuevo Modelo de Atención Integral de Salud al total de la población, se han incorporado paulatinamente los recursos humanos de los Hospitales de Baja Complejidad, en transformación a Hospitales Comunitarios, los que pasan también a adoptar la estrategia de Atención Primaria¹⁹.

Para hacer extensivos los logros de esta modalidad de atención, se requiere que todos los funcionarios que actualmente se desempeñan en el sector tengan la oportunidad de formarse y capacitarse en los ámbitos que hacen posible el enfoque, entregando nuevos desafíos como: aumentar la resolutivez, gerenciar redes asistenciales, desarrollar el trabajo en equipo, liderar el proceso de cambio, incorporar los enfoques familiar, comunitario y en red, gestionar incorporando los procesos de modernización del Estado entre otros, los que requieren adquirir nuevos conocimientos, habilidades y destrezas.

¹⁸ OPS. *Funciones esenciales de salud pública (doc.)*. CE126/17 (Esp.), abril 2000.

¹⁹ Cap II "Marco Referencial Hospitales Comunitarios", serie cuadernos de redes N° 20

C.2.2. Propósito del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en A.P.S.

Contribuir a generar una masa crítica de funcionarios entrenados y capacitados en los aspectos centrales de la Estrategia de Atención Primaria, y en particular, de su enfoque familiar, comunitario y en red, como una forma efectiva de contribuir a la mejoría de la atención de salud en este nivel y a lo largo de la red asistencial.

C.2.3. Objetivos del Programa

■ Objetivo General

Incrementar el número de funcionarios de la Atención Primaria, entrenados y capacitados en los aspectos centrales del Modelo de Atención Integral en Salud con Enfoque Familiar y Comunitario para que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo, liderar su expansión en todos los establecimientos del país y aumentar su resolutivez.

■ Objetivos Específicos

- ✓ Incrementar el número de funcionarios del nivel primario con entrenamiento, conocimientos, habilidades y destrezas en atención primaria, salud familiar, comunitaria y enfoque de redes
- ✓ Propender a la actualización de conocimientos, habilidades y destrezas permanente de los funcionarios de Atención Primaria
- ✓ Favorecer la formación y fortalecimiento de equipos de salud
- ✓ Aumentar la capacidad resolutivez de los equipos de salud
- ✓ Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico.

4. Metodología de Planificación y Programación en Red

La Planificación como un proceso

La planificación en Red es un proceso, que permite a los miembros de la red de atención de un área geográfica, liderado por el Gestor de Red, implementar el diagnóstico de salud local. Posteriormente, se deben identificar los factores que determinan los problemas observados; con esta información, se deben establecer los lineamientos para solucionar la problemática descrita, que se traducen en los objetivos y las actividades que se desarrollan; para esto, deben determinarse los responsables de la ejecución definiendo los procedimientos de evaluación ex-ante y ex-post que permitirán monitorear la realización del conjunto de actividades y de los objetivos planteados. Lo anterior, debe realizarse tomando conocimiento del marco legal regulatorio, de la situación general de salud del país y de su territorio, como también de las necesidades de salud de la población.

Para un adecuado funcionamiento de la RED, es necesario realizar la Planificación y Programación en Red, considerando tres momentos básicos o fases:

- a) Análisis y diagnóstico de la realidad (conocimiento de la realidad asociado al diagnóstico),
- b) Toma de decisiones (selección de alternativas),y,
- c) Definición de la situación objetivo que se quiere alcanzar y por último las acciones para lograr los objetivos (estrategias y actividades).

En base a esto, deben analizar su capacidad de oferta, en función de la demanda existente y los recursos asignados, diseñando un plan estratégico de mediano a largo plazo (3 a 5 años) para dar respuesta a esas necesidades en forma conjunta, tomando como eje la estrategia de APS.

Programar en Red, es el proceso a través del cual, anualmente, en función de un diagnóstico detallado, se ordenan los recursos, estrategias y actividades, se fijan metas y se asignan responsabilidades entre los distintos componentes de la red para enfrentar de manera armónica, coordinada y resolutiva las necesidades detectadas en el diagnóstico.

La importancia de Programar en Red se debe fundamentalmente a tres aspectos; en primer lugar los problemas y necesidades de la población son ilimitadas y los recursos escasos, los problemas de salud prevalentes van cambiando en el tiempo y por último, las acciones de salud son por naturaleza complejas.

Ámbitos y Etapas de la Programación

La Programación se da en tres ámbitos:

1. Gerencial: la Gestión administrativa de la Red
2. Asistencial: los servicios sanitarios en el continuo salud-enfermedad
3. Comunitario: Participación de la comunidad en el diagnóstico de salud, planificación local y evaluación de planes y programas.

Lo importante es la “sintonía”, coherencia entre los diversos ámbitos de la programación en salud. La Programación en Red incluye las acciones que involucran al conjunto de los niveles de atención en salud y es el resultado gráfico de las intervenciones que realiza el sector desde una perspectiva familiar y comunitaria, considerando los determinantes sociales de la salud, vale decir, las condiciones de vida, género, etnia, ubicación geográfica, situación socioeconómica, escolaridad, entre otros; y los énfasis durante el ciclo vital para lograr los efectos deseados de la Política de Salud en la promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud.

Al Gestor de Red le corresponde liderar este proceso con el apoyo y colaboración del Consejo de Integración de la Red (CIRA).

Toda planificación de intervenciones en salud, se enmarca en algunas fases o etapas que se adecuan a la realidad local, no obstante, son pasos dinámicos que en momentos de la acción se realizan simultáneamente, enriqueciendo el proceso de la planificación.

Estas fases básicas son las que a continuación se detallan señalando los mínimos que se esperan en cada una de ellas.

Diagnóstico General de Salud. Se realiza de la siguiente manera:

- i. El diagnóstico epidemiológico es entregado por la Seremi y /o Servicios de Salud
- ii. El equipo local de salud rescata información que emana de otras instancias como municipios o de otras Políticas Públicas: sistema de protección social, otros.
- iii. Se integra la información que tiene el equipo de su territorio obtenida en la relación con los usuarios a través de los programas de salud, en sus diferentes actividades
 - Interpretación diagnóstica: El equipo local analiza los datos obtenidos, establece correlaciones, identifica lo permanente y releva las brechas y prioridades.
 - Diagnóstico participativo: El equipo local proporciona a la comunidad su interpretación diagnóstica, confrontando su visión con la de la propia comunidad local, utilizando metodologías de carácter participativo.

La interpretación conjunta del diagnóstico, posibilita identificar con mayor exactitud las prioridades, intervenciones necesarias, los recursos requeridos y las posibilidades reales de acción.

Programación

A partir de la información analizada, los recursos establecidos y las Normas emanadas del MINSAL, los equipos locales programan el qué, quiénes, dónde, cuándo y cómo con tiempos establecidos.

El Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario se debe expresar en todos los momentos de la programación, de modo que lo que se proponga realizar el equipo local considere a las personas, familias y comunidad como recursos para la mantención y recuperación de la salud.

En la Programación:

- Se fijan las responsabilidades sectoriales (salud) y se identifican las responsabilidades intersectoriales (lo que se hará con otros) y comunitarias (corresponsabilidad en salud)
- Se seleccionan o adoptan protocolos, previamente elaborados por MINSAL y Servicios de Salud, los que constituyen instrumentos de apoyo al trabajo del equipo.
- Se determina el nivel de intervención en: promoción (factores protectores), prevención (factores de riesgo), tratamiento / intervención, curación y rehabilitación, individual o familiar, grupos, comunidades en conjunto con la comunidad local.
- Se establecen coberturas y rendimientos del equipo de salud a nivel local, en función

de criterios visados por el Gestor de Red, de acuerdo a la realidad local.

- Se determina la dotación necesaria de recurso humano según la programación de actividades definidas por las metas sanitarias, orientaciones técnicas, estructura de la demanda (situación de salud de la población) y prioridades locales.
- Se deben planificar actividades de capacitación tanto en área técnica como de gestión, teniendo en consideración la planificación estratégica, los objetivos sanitarios y las necesidades planteadas a nivel local como requisitos para avanzar en el Modelo de atención centrado en la familia.
- Asegurar sistemas de supervisión, control de calidad y evaluación de resultados. La supervisión permite apoyar a cada uno de los integrantes del equipo para su correcto desempeño.
- La fijación de metas de producción y la introducción de nuevas actividades, necesariamente debe incluir una evaluación a la capacidad de soporte administrativo y asistencial que posea cada establecimiento.
- La oferta de prestaciones, debe considerar el proceso completo de resolución de un problema de salud.
- En la práctica, esto implica, que el nivel de atención secundario y terciario, en la programación de oferta de atención de especialista hacia la atención primaria, debe resguardar la continuidad de atención que se materializa en el acceso a controles posteriores a la primera consulta, realización de exámenes y/u hospitalización, de modo de no generar nudos o interfaces en los distintos niveles de la red

Incorporar en la programación los tiempos necesarios para:

- Reuniones de equipo sobre el estado de desarrollo y generar estrategias de avance en cuanto Modelo, entre otras.
- Reuniones clínicas de los Equipos de Cabecera para analizar casos de familia.
- Reuniones de consejos técnicos.
- Desarrollar el plan de capacitación que incorpore la participación según necesidad en reuniones clínicas de la red.
- Actividades con la comunidad durante todo el ciclo del proceso de Planificación Local Participativa y en la implementación de estrategias de participación social y ejercicio de derechos

Ejecución

El equipo local de salud ejecuta su trabajo en el marco de lo programado. El proceso de planificación es cíclico y flexible, aspecto que se notará en la ejecución de las acciones de tal manera que se harán las correcciones o modificaciones de acuerdo a la realidad y cultura

MINSAL, según establece la ley 19.378, pero incorporando los elementos de contexto local y los énfasis propios de una gestión basada en el diagnóstico de salud, incluido el diagnóstico participativo.

Este plan, debe ser propuesto en coherencia con el diagnóstico y en concordancia con los equipos de salud de cada Municipio y debe estar en conocimiento de los Servicios de Salud, de modo que permita ejecutar las evaluaciones pertinentes y los respectivos ajustes al final de cada período. El Plan de Salud Comunal y sus principales fundamentos, deberán estar contenidos en el Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO). Este Plan 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. Este Plan, en 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).

El Alcalde remitirá el programa anual al Servicio de Salud respectivo, a más tardar, el 30 de noviembre del año anterior al de su aplicación.

Si el Servicio de Salud, determina que el programa municipal no se ajusta a las normas técnicas del Ministerio de Salud, deberá hacer observaciones al Alcalde dentro de 10 días hábiles contados desde su recepción, para la entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre.

Por otro lado, la dotación (el número de horas semanales de trabajo del personal que cada entidad administradora requiere para su funcionamiento) adecuada para desarrollar las actividades de salud de cada año, será fijada por la entidad administradora correspondiente antes del 30 de septiembre del año precedente, la cual será revisada por el Servicio de Salud correspondiente, el cual deberá aprobar la dotación definitiva antes del 30 de Noviembre.

Figura N° 5: Plan de Salud Comunal, principales hitos definidos en la Ley 19.378.

Actividades/Año 2009	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
a) MINSAL comunica orientaciones	10			
b) Entidad administradora fija dotación	30			
c) Entidad administradora remite dotación a Servicios de Salud		10		
d) Servicio de Salud realiza observaciones a la dotación		10		
e) Servicio de Salud acuerda dotación definitiva		10(*)		
f) Alcalde remitirá el Programa Anual al Servicio de Salud			30	
d) Servicio de Salud entrega observaciones al Alcalde, con respecto al programa municipal en caso de no ajustarse a las normas técnicas del Ministerio de Salud			30	10(*)
e) entrada en vigencia del programa, el plazo final para resolver las posibles discrepancias será el 30 de diciembre.				30

Nota:

(*): Contados desde la recepción

5. Cuidados a lo Largo de la Vida

Todas las actividades que destinadas al cuidado de la salud a lo largo de la vida están basadas en los principios y enfoques enunciados en los capítulos anteriores y expresan el reconocimiento de los derechos de las personas de parte del Estado y a su rol de entregar protección social de la población más desfavorecida para disminuir las desigualdades en salud. En este sentido, el conjunto de prestaciones a programar es, en sí, un determinante social de la salud, dado que ofrece una oportunidad para el ejercicio de derechos ciudadanos y para el acceso a intervenciones sanitarias basadas en evidencia de efectividad.

La oferta de los establecimientos de atención primaria permite a las personas recibir información y apoyo para el auto cuidado de su salud y la de las personas de la familia; ser examinadas para detectar condiciones de riesgo de enfermar y enfermedades en una etapa temprana; para recibir tratamiento en atención primaria y ser derivadas a atención especializada y/o a rehabilitación cuando esto es necesario.

La vida es un continuo y la salud requiere un continuo de cuidados. Pero cada etapa tiene características biológicas propias y también vulnerabilidades y oportunidades distintas y diferentes expectativas y comportamientos. Por lo tanto, los desafíos para el cuidado de la salud son propios de cada etapa. Este cuidado continuo debe considerar que la transición de una etapa a la siguiente suele tener características particulares y requerir también un abordaje específico.

El incentivo y apoyo a la mantención de hábitos saludables y la realización de controles periódicos preventivos son acciones efectivas en todas las etapas, pero con énfasis diferentes. Las enfermedades a detectar precozmente para facilitar el acceso a tratamiento son también distintas en las diferentes edades. Es importante recordar que el bienestar de las personas es un objetivo que se comparte con otros sectores del Estado y que son distintas las instituciones y servicios con los que, en cada etapa, deben coordinarse las acciones de salud.

En la infancia:

Los énfasis están en contribuir a una acogida segura y afectuosa a las nuevas personas, en facilitar el acceso a tratamiento aquellos/as que nacen con problemas de salud, en apoyar a la familia en la crianza, en ofrecer acciones de prevención de enfermedades infecciosas, accidentes domésticos y maltrato, en detectar tempranamente las enfermedades más frecuentes y en realizar actividades para el seguimiento y apoyo del desarrollo psicosocial de los niños y niñas.

En la adolescencia

Es fundamental una atención respetuosa y confidencial que incentive y apoye las conductas de auto cuidado y de respeto a los demás, para que lleguen a formar parte de la identidad de adolescentes como sujetos de derechos y deberes. El perfil de morbimortalidad en esta etapa está estrechamente asociado a las desigualdades sociales y los principales problemas se dan en cuatro ámbitos: la Salud Mental (violencia, consumo problemático de tabaco, alcohol y drogas, depresión, intentos suicidas); la Salud nutricional (sobrepeso y obesidad, sedentarismo); la Salud sexual y reproductiva (gestaciones no planificadas, ITS) y las

muertes y lesiones por accidentes.

En la edad adulta

Los principales problemas de salud son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles: Cardiovasculares, Cánceres, Diabetes, Respiratorias Crónicas, Osteomusculares, Dentales y Mentales. El 80% de ellas²⁰ son evitables reduciendo factores de riesgo como el tabaquismo, la hipertensión arterial, el consumo de alcohol, la obesidad y el sedentarismo. Por ello, el énfasis está en los controles preventivos de salud para detectar y tratar precozmente las enfermedades y para apoyar a las personas a reducir las condiciones de riesgo. Es fundamental considerar que casi todos los hombres y una proporción creciente de mujeres desempeñan un trabajo remunerado cuyas condiciones afectan la salud y están sujetos a horarios y restricciones para acudir al centro de salud.

El acceso a la atención de salud sexual y reproductiva es fundamental para mujeres y hombres adultos, también lo es en la adolescencia y la adultez mayor. Esta atención debe estar disponible para quien la demande, sin discriminación de edad, sexo, opción sexual ni cultura. El énfasis está en la consejería, el control de regulación de la fertilidad según las normas nacionales vigentes, control prenatal en base al Modelo de Atención Personalizada, que incluya el cuidado de la salud bucal y nutricional y la detección de la violencia sexual y de género y de otros riesgos psicosociales y en el control ginecológico para detectar tempranamente el cáncer de cuello de útero y de mama.

En la edad adulta mayor

El objetivo de la atención de salud es mantener o recuperar la funcionalidad, base fundamental de la calidad de vida en la vejez. Esta forma de abordar el proceso de envejecimiento requiere ofrecer una atención integral y resolutive, acorde a los derechos de las personas, que favorezca la participación y genere satisfacción usuaria. Es importante incentivar y facilitar el acceso a las y los adultos mayores a los controles periódicos de salud y al tratamiento de las patologías agudas y crónicas que se presentan a estas edades.

La identificación del tipo de intervención más efectiva que necesita una determinada persona o familia exige identificar las circunstancias de la vida de esta persona o familia, así como los valores, creencias, expectativas que pudieran influir en el origen, persistencia o recuperación de su problema de salud. También exige conocer, no solo la oferta de prestaciones y servicios en el propio establecimiento y en el resto de la red asistencial pública y privada, sino también de otros sectores del Estado y de organizaciones sociales y comunitarias. Así, en conjunto es posible alcanzar una gama más amplia de intervenciones, de modo de ofrecer respuestas coherentes con la diversidad de las personas que son atendidas.

La programación de las actividades de los equipos de atención primaria está necesariamente en el contexto de las actividades que se realizan en el resto de las instancias de la red asistencial, la que en conjunto ofrece la gama de intervenciones promocionales, preventivas,

²⁰ Organización Mundial de la Salud

reparadoras y rehabilitadoras que las personas y familias pueden necesitar. Por ello, es fundamental desarrollar procedimientos para que la referencia a otro profesional del establecimiento o a otra instancia de la red sea efectiva, es decir, conduzca a que la persona contacte realmente con el servicio al que fue derivado

Para quienes programan y realizan las actividades es una oportunidad contribuir, no solo al bienestar de la población en general y aportar a la equidad, ofreciendo intervenciones capaces de disminuir la vulnerabilidad y exposición a riesgos y atenuar el mayor impacto de la enfermedad cuando afecta a las personas menos favorecidas de la población.

Las referencias para cumplir las orientaciones de salud del ciclo vital se encontrarán en la página web del Ministerio de Salud.

6. Proceso de Planificación y Programación

1. Para el proceso programático anual cada comuna presentará al Servicio de Salud respectivo los siguientes documentos:
 - Plan de Salud Comunal (PSC)
 - ✓ Plan de capacitación
 - ✓ Dotación
 - Plan de acción por cada uno de los establecimientos que conformen la comuna
 - Plantilla programática por establecimiento (cartera de servicios)
2. Los profesionales del Servicio de Salud serán responsables de la revisión del proceso programático, a través de los documentos antes mencionados, presentados por cada comuna.
3. Cada uno de las/os profesionales mencionados revisarán los documentos, antes señalados y se coordinará con el/a encargado/a del Programas de ciclo vital que corresponda, a objeto de incorporar todas las observaciones específicos que sean sugeridas por éstas/os.
4. Concluido el proceso de revisión el/a profesional responsable de la revisión de cada comuna y /u hospital emitirá un Informe con las observaciones más relevantes encontradas.
5. Todos los documentos anteriormente nombrados, servirán de insumos para las reuniones de trabajos programados con las comunas.
6. En estas reuniones de trabajo donde participarán los Directores de las Corporaciones y/o Jefes de Departamentos de Salud Municipal, Directores de Establecimientos, Encargados de programas de ciclo vital y las/os profesionales del Sub departamento de APS y Programas de Ciclo Vital, se abordarán los siguientes temas:
 - Proceso programático; Informe técnico Revisión del PSC y anexos (observaciones, sugerencias y/o recomendaciones)
 - Convenios
 - Metas sanitarias
 - Índice Actividad APS.

6.1. Programación Atención Primaria

PROTOCOLO PARA LA FORMULACIÓN PLAN DE SALUD COMUNAL

CONTENIDOS DEL PLAN DE SALUD COMUNAL:

- A. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL
- B. PLAN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN
- C. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES
- D. DOTACIÓN PERSONAL
- E. PLAN DE CAPACITACIÓN

A. DIAGNOSTICO DE LA SITUACIÓN COMUNAL

- El Diagnóstico de salud de tipo participativo es una metodología de identificación de problemas y situación de salud de una comunidad, ejecutada a través de un trabajo conjunto con la comunidad organizada y sus líderes.
- En la etapa propiamente diagnóstica, incluye los siguientes elementos:
 - ✓ Identificación, análisis y priorización de problemas
 - ✓ Selección de intervenciones
- Evaluación de resultados e impacto, también en conjunto con las organizaciones comunitarias.
- Se espera que esta tarea sea de tipo sistemática en el trabajo con la comunidad, manera de no llevar a cabo procesos sin etapas claras, con riesgo de frustración tanto de parte del equipo como de la comunidad.
- La frecuencia de actualización de diagnóstico dependerá de lo cambiante de la realidad y de la necesidad de nuevos datos, en todo caso es importante que la recopilación de datos no se transforme en un proceso tedioso, sino que tenga claramente estipulada la información que se requiere para un trabajo productivo.

En relación a los elementos que caracterizan a la población la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile orienta a desarrollar 5 puntos, en los cuales es preciso utilizar fuentes técnicas (registros de salud) y fuentes comunitarias.

1. Descripción del nivel o situación de salud	
Mortalidad	Morbilidad
Mortalidad General	Exámenes de Salud
Mortalidad Infantil	Encuestas de Morbilidad (Encuesta Nacional de Salud, análisis locales)
Mortalidad Materna	Consultas Médicas
Mortalidad por Causas	Egresos Hospitalarios (información indispensable para la atención primaria y la programación en red)
Esperanza de vida	Enfermedades de Notificación Obligatoria
Índice de Swaroop	Pensiones de Invalidez
AVISA (años de vida saludable que se pierden por muerte o incapacidad)	Licencias Médicas
AVPP (años de vida potencialmente perdidos).	

2. Descripción de factores condicionantes	
Población: Volumen Estructura según grupos étnicos y género (susceptibilidad) Distribución Geográfica (ruralidad, dispersión, etc.)	Medio Cultural: Desarrollo Económico, Educación, Vivienda y Saneamiento, Alimentación, Transporte y Comunicaciones, Consumo y Ahorro, Recreación, Trabajo, Vestuario, Seguridad Social, Libertades Humanas Características Culturales, Etnia, Desarrollo comunitario, etc.
Medio Natural: Clima – Naturaleza – Situación Geográfica	Sector Salud: Política de Salud Organización de la red asistencial, identificar los flujos de derivación etc. Recursos Materiales, Financieros, Humanos
3. Explicación:	
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.	
4. 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).	
5. Pronóstico:	
Proyección hacia el futuro. Qué pasará con la situación de salud según las tendencias observadas y cambios previsibles en los factores condicionantes.	

Lo anterior constituye la primera parte del diagnóstico. Es preciso completarlo con el diagnóstico participativo. A continuación es preciso llevar a cabo las etapas de intervención y evaluación, con metodologías y organización del trabajo acordado con la comunidad. En todo el proceso es preciso recordar asignar metas, responsabilidades y plazos.

B. PLAN DE ACCIÓN DE CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACIÓN

De acuerdo al 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 y los contenidos del diagnóstico participativo y las propuestas de solución realizadas por la comunidad local.
El plan de Acción debe contener los siguientes elementos. Señalados en el Formato:

PLAN DE ACCIÓN

- COMUNA**
- ESTABLECIMIENTO**

Problema priorizado	Objetivos	Metas	Indicadores	Actividades	RRHH	Monitoreo Evaluación

C. PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES

- Utilizar Plantilla programática (Instrumento de programación de Actividades que contiene cartera de prestaciones)

- Respecto a la Atención Primaria, 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 patología crónica por grupo de edad.
 - ✓ Estimación de controles de salud y de crónicos según 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 recursos necesarios:**
 - ✓ Horas técnico-profesionales para cuidados primarios
- **Oferta de recursos**
 - ✓ Oferta de horas técnico-profesional para cuidados primarios
- **Brechas de Recursos**
 - ✓ Brecha de horas técnico-profesional para cuidados primarios

D. DOTACIÓN PERSONAL:

Registrar de acuerdo a formato adjunto el RRHH disponible a nivel del Consultorio Adosado a Hospital.

CATEGORIA	Nº FUNCIONARIOS	Nº HRS. SEMANALES
Médico/a		
Odólogo/a		
Químico-farmacéutico/a		
Enfermero/a		
Matron/a		
Nutricionista		
A. Social		
Psicólogo/a		
Kinesiólogo		
Laboratorista Dental		
Profesor Ed. Física		
Terapia Ocupacional		
Ed. Párvulos		
Tec. Paramédico/a		
TPM farmacia		
TPM dental		
Of. Administrativo/a		
Otros (especificar)		

E. PLAN DE CAPACITACIÓN:

De acuerdo al Plan de Acción estipulado para el año, es necesario plantear como una estrategia un Plan de Capacitación que incluya las necesidades de Capacitación del Personal, especialmente orientado al cambio de Modelo de Atención.

PROGRAMA CAPACITACIÓN 2010 SERVICIO DE SALUD					
ALINIAMIENTO	ACTIVIDADES	OBJETIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA		FINANCIAMIENTO

				y con Informes técnicos enviados a Alcaldes al 10 de diciembre del 2010/Nº total de comunas	
--	--	--	--	---------------------------------------------------------------------------------------------	--

ETAPA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESPONSABLE
3 MONITOREO Y CONTROL	3- Acompañar durante el proceso de ejecución del Plan de Acción a los Equipos de Salud de la red asistencial que lo requieran. 4- Mantener monitoreo y control permanente de indicadores trazadores que den cuenta de los procesos planificados en la red asistencial	100% de los indicadores trazadores monitoreados y controlados mensualmente	Diseñar Pauta de Control y monitoreo del proceso. Definir indicadores trazadores a monitorear año 2010 Metas sanitarias, IAAPS, metas de convenios. Solicitar al Subdepartamento de Control de la Gestión la información de los indicadores trazadores Visitas de apoyo y asesoría a los Equipos de Salud que lo requieran (a solicitud y/o comportamiento de indicadores trazadores definidos por el SSVQ)	Existencia de documentos Pautas de Control y Monitoreo Si/No Indicadores definidos Si/No Indicadores trazadores monitoreados y controlados mensualmente Si/No Nº de visitas realizadas/Nº Visitas programadas.	Equipo de Programas – APS Equipo de Programas - APS Jefatura Programas – APS Equipo de Programas - APS

48

ETAPA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESPONSABLE
4 EVALUACIÓN	5- Evaluar el proceso programático año 2010 de los establecimientos de la red asistencial	100% de las comunas y/o establecimientos con evaluación trimestral del Plan de Acción anual.	Reuniones de Evaluación por área jurisdiccional	Nº de reuniones realizadas/ Nº visitas programadas	Equipo Programas/ APS

AÑO 2010 -AÑO 2011:

Nº	ETAPAS	ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBER	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DECEMBER	
1	IMPLEMENTACION ORIENTACIONES	1. Recepción de O.P. desde el Minsal	X												X				

	PROGRAMÁTICA S 2010	2. Envío de las O.P. al Nivel local, incluyendo las orientaciones específicas de los Programas del ciclo vital y transversales	X	X															X	X		
		3. Planificación Ejecución y Evaluación del taller de Programación año 2010		X	X																X	X
		4. Reuniones de trabajo de Microrredes territoriales (programación en red)				X																X
		5. Presentación programación en red en el CIRA				X																
2	APOYO Y ASESORIA A EQUIPOS DE SALUD ESTABLECIMIENTOS APS Y HMC	6. Control y monitoreo de la recepción de planes y programación de actividades por área jurisdiccional			X																	
3	MONITOREO Y CONTROL	7. Diseñar pauta de control y monitoreo del proceso			X																	
		8. Definir indicadores trazadores a monitorear año 2010			X																	
		9. Solicitar al Subdepartamento de control de la gestión la información de los indicadores trazadores				X																
		10. Visitas de apoyo y asesoría a los equipos de salud que lo requieran (a solicitud y/o comportamiento de indicadores trazadores definidos por el SS)				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X					
4	EVALUACIÓN PROCESO PROGRAMÁTICO	11. Reuniones de evaluación por área jurisdiccional													X				X		X	

Informe Técnico: Plan de Salud Comunal y Programación de Actividades Año 2011

I. IDENTIFICACION

- COMUNA _____

II. FECHAS

- RECEPCIÓN DEL PSC: _____
- RECEPCIÓN PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES: _____
- FECHA REVISIÓN POR SSVQ: _____
- ESTABLECIMIENTOS DE LA COMUNA CON PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES (Consultorios – PSR)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

III. ANÁLISIS PLAN DE SALUD COMUNAL AÑO 2010-09-10

Aspectos evaluados:

- A. **Diagnóstico de Salud** (actualizado): _____
- B. **Planes de acción** (por establecimiento, acorde a las necesidades locales y de acuerdo al Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario)
 - . **Cartera de Servicios** (de acuerdo al Plan de Salud Familiar 2)
- D. **Dotación** (presentada por categorías y jornada laboral)
- E. **Presupuesto** (incluye ingresos y egresos, aportes estatal, municipal, otros)
- F. **Plan de Capacitación** (se ajusta a necesidades locales, incluye todas las categorías funcionarias y temas relacionados con el Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario entre otros)

IV. ANÁLISIS PLANTILLA DE PROGRAMACIÓN DE PRESTACIONES

Aspectos evaluados:

- A. Formulación de actividades por establecimientos
- B. La programación de actividades incluye las estipuladas por el PSF2
- C. Incorpora la programación de procedimientos clínicos
- D. Incluye la estimación de interconsultas a especialidades médicas
- E. Incluye actividades administrativas
- F. Establece brechas de recurso humano

V. CONCLUSION

- A. Plan de Salud Comunal (cumple o no cumple los requerimientos técnicos)
- B. Plantilla de programación de prestaciones (se ajusta o no se ajusta al PSF2)

VI. RECOMENDACIONES YO SUGERENCIAS

VII. RESPONSABLE ELABORACIÓN INFORME: _____

Orientaciones para la Planificación y Programación en Red año 2010

PLANTILLA DE REVISIÓN DE PLAN DE SALUD COMUNAL

□ COMUNA: _____

ASPECTOS DEL PLAN DE SALUD	PRESENTES			OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
	SI	NO	PARCIAL	
I. DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN COMUNAL				
1.1 DESCRIPCION DEL NIVEL O SITUACIÓN DE SALUD A TRAVES DE LOS SIGUIENTES INDICADORES				
MORTALIDAD				
MORTALIDAD GENERAL				
MORTALIDAD INFANTIL				
MORTALIDAD MATERNA				
MORTALIDAD POR CAUSAS				
ESPERANZA DE VIDA				
INDICE SWAROOP				
AVISA				
AVPP				
MORBILIDAD:				
EXAMENES DE SALUD				
ESTUDIO PERFIL DE LA MORBILIDAD				
CONSULTAS MEDICAS				
EGRESOS HOSPITALARIOS				
ENFERMEDADES NOTIFICACION OBLIGATORIA				
PENSIONES DE INVALIDEZ				
LICENCIAS MEDICAS				
ASPECTOS DEL PLAN DE SALUD	PRESENTES			OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
PLAN DE ACCION CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION	SI	NO	PARCIAL	
DEFINE PUNTOS CRITICOS: (en la definición de puntos críticos, interesa la identificación, desde la perspectiva local, de aquellas amenazas y debilidades factibles de ser abordadas por las estrategias elegidas, así como las oportunidades y fortalezas posibles de considerar en la planificación)				
3.6 CONTEMPLA ESTRATEGIAS ORIENTADAS A: PROMOCION, PREVENCIÓN, TRATAMIENTO, REHABILITACIÓN Y CUIDADOS PALIATIVOS COMO RESPUESTA AL DIAGNOSTICO LOCAL				
TRABAJO INTERDISCIPLINARIO				
PARTICIPACIÓN SOCIAL (Intersector, Consejos				

Locales de Salud, Organizaciones Comunitarias, Presupuestos Participativos, Cuentas Públicas, Medición de Satisfacción Usuaria, Gestión de Solicitudes Ciudadanas, Cartas de Derechos, otras)				
MODELO SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO				
CALIDAD TÉCNICA, EFICACIA, EFICIENCIA, SATISFACCIÓN USUARIA				
3.7 DETERMINA ACTIVIDADES FRENTE A CADA PROBLEMA PRIORIZADO CONSIDERANDO:				
ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA				
ACCIONES DE CARACTER INTERSECTORIAL EN PROMOCION Y PREVENCIÓN (acciones en redes, Comité Vida Chile o Consejo Comunal de Salud, acciones coordinadas con el sector educación y otros sectores)				
ACCIONES CURATIVAS				
ACCIONES REHABILITACION				
ACCIONES CUIDADOS PALIATIVOS				
ACCIONES DE REINSERCIÓN EN LA SOCIEDAD				
ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS: REUNIONES CLINICAS				
CONSEJOS TÉCNICOS/ADMINISTRATIVOS				
COORDINACIÓN INTERNIVELES				
COORDINACIÓN INTERSECTORIAL				
OTRAS				
RECURSO HUMANO: DEFINE RECURSO HUMANO POR ACTIVIDAD				
MONITOREO Y EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD: FIJA CRITERIOS DE EVALUACIÓN Y MONITOREO DEL PLAN DE ACCION (PERIODICIDAD)				

4. CONCLUSIONES:

PREGUNTAS FRECUENTES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

i. ¿Qué instrumentos contiene el Estatuto de Atención Primaria en la normativa sobre Administración, Gestión y coordinación de la Atención Primaria?

El Estatuto de Atención Primaria Ley 19378 y sus Decretos Reglamentarios de Carrera Funcionaria y General, Decretos 1889 y N° 2296 de 1995, constituyen un conjunto de normas, que regulan la **relación laboral, el financiamiento del Estado, la carrera funcionaria, las remuneraciones, la administración municipal, obligatoriedad de la elaboración de un plan de salud comunal y la coordinación municipal**, (Artículos del Título III Párrafo 2°)

Este conjunto de normas regulan también **los roles** de los distintas instituciones involucradas en el quehacer propio de APS y establece mecanismos para fortalecer una adecuada coordinación municipio - Servicios de Salud.

ii. ¿Qué herramientas contiene el Estatuto de Atención Primaria Ley N° 19378 para la coordinación con otras comunas y con los Servicios de Salud?

En relación con la **coordinación** de los municipios con los servicios el art. 59° de la ley 19378 y desde el artículo 16° al 28° del reglamento general establece la constitución de **Comisiones Técnicas de Salud Intercomunal** en cada jurisdicción de Servicios de Salud, de carácter asesor, para apoyarse técnicamente en la formulación de los programas de salud, en los procesos de evaluación, en la preparación de convenios intercomunales, en alternativas de capacitación y perfeccionamiento del personal, y en el diseño de proyectos de inversión. Establece también como deben conformarse estas comisiones.

iii. ¿Con qué fin se establecen los convenios de administración conjunta?

De acuerdo con el artículo 57° de la Ley 19378 los municipios podrán establecer convenios entre sí, para la administración conjunta de establecimientos de atención primaria y que los Directores de Servicios en uso de las atribuciones conferidas en las disposiciones del Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, podrán estimular, promover y celebrar convenios con las respectivas municipalidades, para traspasar personal en comisiones de servicio u otros recursos, apoyar la gestión y la elaboración del Programa de salud

De acuerdo a la Ley Orgánica constitucional de Municipalidades, los municipios pueden constituir asociaciones entre sí para los efectos de solucionar problemas que les sean comunes, o lograr el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles (por ejemplo en materia de capacitación).

iv. ¿Cómo se financia el programa de Salud?

El Programa de Salud se financia con el Presupuesto Municipal de Salud, para lo cual dicho presupuesto está compuesto por el Aporte del Estado, el aporte municipal proveniente de Fondo Común Municipal e ingresos propios.

El artículo 49° de la Ley N° 19378 regula el financiamiento y un Modelo de Asignación de Recursos que dispone un aporte estatal mensual a cada comuna. El aporte del estado se determina de acuerdo a los criterios de: población beneficiaria entendida como la población inscrita (Per - cápita) de la comuna, las características epidemiológicas de la población, el nivel socioeconómico de la población, e índices de ruralidad y dificultad para acceder y prestar atenciones de salud, la cantidad de prestaciones que efectivamente realicen los establecimientos de salud municipal de la comuna en base a una evaluación semestral. Para estos efectos a partir del año 2005 se estableció un proceso medición del cumplimiento de las actividades del plan que financia el aporte estatal. Se crean las Metas IAAPS Índice de Actividad de la Atención Primaria de Salud. Se aplican una serie de indicadores sujetos a evaluación cuyo cumplimiento va a dar lugar al otorgamiento del aporte estatal y/o al descuento de este, según su cumplimiento. El aporte estatal lo determinan los Ministerios de Salud, Hacienda e Interior anualmente mediante Decreto Fundado, previa consulta al Gobierno Regional.

En su art. 50° la Ley N° 19378 señala que las municipalidades deberán publicar anualmente un balance que permita conocer los montos de los aportes del Estado y la forma como han sido administrados. Dicho balance deberá publicarse en un diario de circulación local, y si no lo hubiere, en uno regional. Copia de él deberá fijarse en un lugar visible de los consultorios que las municipalidades administren.

El artículo 53° por su parte establece que el Servicio de Salud retendrá los aportes a que se refiere el artículo 49 a las entidades de salud municipal, cuando éstas no se encuentren al día en los pagos de cotizaciones previsionales y de salud de su personal. El monto retenido no podrá ser superior a las cotizaciones impagas y será transferido a dichas entidades cuando éstas demuestren que se han efectuado.

v. ¿Quién supervisa que se cumplan los programas?

Los Servicios de Salud de acuerdo a sus atribuciones legales **supervisarán** el cumplimiento de las normas técnicas que deben aplicarse a los establecimientos municipales de atención primaria y del programa de salud municipal, lo que está normado en el artículo 60°.

La Contraloría General de la República es el Órgano competente para fiscalizar e interpretar la Ley y en ese cometido le corresponde fiscalizar el cumplimiento del Plan de Salud Comunal y el buen uso de los Aportes del Estado

vi. ¿Qué es el Programa de Salud Municipal?

El programa de salud municipal es el conjunto de actividades de salud anual formulado por la entidad administradora, en base a las programaciones de los establecimientos respectivos, que contendrá las estrategias de salud a nivel comunal, enmarcadas en el plan de desarrollo comunal y en el cumplimiento de las normas y programas

impartidos por el Ministerio de Salud.

La Ley 19378 en sus Artículos 56°, 57° y 58° señala que los establecimientos municipales de atención primaria de salud, deben cumplir las normas técnicas, planes y programas que imparta el Ministerio de Salud. No obstante, siempre sin necesidad de autorización alguna, podrán extender, a costo municipalidad o mediante cobro al usuario, la atención de salud a otras prestaciones. Se establece que las entidades administradoras deben definir la estructura organizacional de sus establecimientos de atención primaria de salud y de la unidad encargada de salud en la entidad administradora, sobre la base del plan de salud comunal y del modelo de atención definido por el Ministerio de Salud.

En el caso que las normas técnicas, planes y programas que se impartan con posterioridad a la entrada en vigencia de esta ley impliquen un mayor gasto para la municipalidad, su financiamiento será incorporado a los aportes establecidos en el artículo 49 del Estatuto de APS.

Las **normas técnicas del Ministerio de Salud**, deberán ser comunicadas 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.

El Alcalde remitirá el programa anual, aprobado de acuerdo con el artículo 58, letra a), de la ley N° 18.695, Orgánica Constitucional de Municipalidades, al Servicio de Salud respectivo, a más tardar, el 30 de noviembre del año anterior al de su aplicación. Si el Servicio de Salud determina que el programa municipal no se ajusta a las normas técnicas del Ministerio de Salud, deberá hacer observaciones al Alcalde, para que las remita al Concejo para su aprobación o rechazo. Si las observaciones del Servicio fueren rechazadas total o parcialmente, se deberá constituir una Comisión integrada por el Secretario Regional Ministerial de Salud, quien la presidirá, el Alcalde respectivo y el Director del Servicio de Salud correspondiente. Para la entrada en vigencia del programa, esta Comisión deberá resolver las discrepancias a más tardar el día 30 de diciembre de cada año.

vii. **¿Qué elementos debe contener el Programa de Salud Municipal?**

El Reglamento General Decreto N° 2296 de la Ley 19378 establece desde los artículos 11° al 28° los diversos aspectos que deben tomarse en cuenta en la elaboración del programa incluyendo el Programa de Capacitación para todo el personal que intervendrá en el desarrollo del programa de salud tanto en los aspectos clínicos como de gestión de los recursos y el apoyo administrativo, técnico y diagnóstico.

Los contenidos del programa deberán ser a lo menos los siguientes:

1. Lineamientos de una política comunal de salud, que recoja los problemas locales de salud, en el marco de las normas técnicas y programáticas impartidas por el Ministerio de Salud y las prioridades por los Servicios de Salud y niveles locales respectivos.

2. Diagnóstico comunal participativo salud actualizado, este aspecto es básico para la definición de la dotación comunal y establecer estándares por población ajustados a la realidad local.
3. Evaluación de las acciones y programas ejecutados anteriormente.
4. El escenario más probable para la salud comunal en el periodo a programar.
5. Asignación de prioridades a los problemas señalados, a partir del diagnóstico y los recursos existentes y potenciales, en base a los criterios de prevalencia, gravedad, vulnerabilidad 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. Asimismo, el programa de salud municipal deberá considerar un programa de capacitación del personal, que emane de las necesidades de los establecimientos.
8. Indicadores de cumplimiento y resultado de metas programadas (compromisos de gestión).

viii. **¿Cómo debe ser elaborado el Programa de Salud Municipal?**

La elaboración del Programa de Salud Municipal deberá tener un carácter participativo, comenzando con los equipos locales de salud, y considerando en el diagnóstico, a la comunidad y a sus organizaciones.

ix. **¿Cuál es el cronograma para la aprobación del Programa de Salud Municipal?**

1. El Ministerio deberá comunicar a las entidades administradoras las normas técnicas vigentes, a través de los Servicios de Salud, a más tardar, el día 10 de septiembre del año anterior al de su ejecución.
2. El Alcalde remitirá el programa anual y la fijación de la dotación, con la aprobación del Concejo Municipal, al Servicio de Salud respectivo, a más tardar, el 30 noviembre del año anterior al de su aplicación.
3. Si el Servicio de Salud determina que el programa municipal no se ajusta a las normas técnicas del Ministerio de Salud, deberá hacer observaciones al Alcalde, para que las remita al Concejo para su aprobación o rechazo.
- 4.- Si las observaciones del Servicio fueren rechazadas total o parcialmente, se deberá constituir una Comisión integrada por el Secretario Regional Ministerial de Salud, quien la presidirá, el Alcalde respectivo y el Director del Servicio de Salud correspondiente. Esta Comisión podrá solicitar todos los antecedentes que sean necesarios a las entidades administradoras y a los Departamentos Técnicos del Servicio para la resolución de las diferencias existentes. Para la entrada en vigencia del programa, esta Comisión deberá resolver las discrepancias a más tardar el día 30 de diciembre de cada año

Desde los Artículos 3° al 9° el Estatuto de APS establece normas sobre el personal que debe efectuar las tareas de salud para dar cumplimiento al programa de salud

municipal, su clasificación en seis categorías funcionarias: profesionales, técnicos, administrativos y Auxiliares y los requisitos para pertenecer a la Dotación.

x. **¿Quiénes son los funcionarios de Atención Primaria?**

Desde los Artículos 3° al 9° del Estatuto de APS establece normas sobre el personal que debe efectuar las tareas de salud para dar cumplimiento al programa de salud municipal, su clasificación en profesionales, técnicos, administrativos y Auxiliares y los requisitos para pertenecer a la Dotación

xi. **¿Qué elementos deben considerarse para fijar la Dotación de EASM?**

Los artículos 10, 11° y 12°, define como dotación de atención primaria de salud municipal como el número total de horas semanales de trabajo del personal que cada entidad administradora requiere para su funcionamiento y lo que es la dotación adecuada para desarrollar las actividades de salud de cada año la que debe ser será fijada por la entidad administradora correspondiente antes del 30 de septiembre del año precedente, considerando, según su criterio, los siguientes aspectos:

Uno de los aspectos innovadores de este Estatuto es que reemplaza las plantas de personal por las dotaciones que se fijan en horas semanales, de acuerdo a las necesidades para desarrollar el Programa de Salud Municipal, sean éstas asistenciales, administrativas o de apoyo técnico, administrativo o diagnóstico.

La determinación de la dotación debe considerar los siguientes aspectos:

1. La población Beneficiaria
2. Las características epidemiológicas de la población referida en la letra anterior.
3. Las normas técnicas que sobre los Programa imparta el Ministerio de Salud.
4. El número y tipo de establecimiento de atención primaria a cargo de la entidad administradora.
5. La disponibilidad presupuestaria para el año respectivo.
6. La estructura Organizacional definida de conformidad con el artículo 56°

Es bueno aclarar entonces que, un trabajador podrá tener un contrato por horas, de acuerdo a lo pactado con su entidad administradora y su sueldo será proporcional al tiempo trabajado. Esto da mayor flexibilidad a los funcionarios para optar por una jornada laboral diferente.

La Ley también establece cuándo se podrá hacer uso de horas extraordinarias.

xii. **¿Cuándo debe la Entidad Administradora tener fijada la dotación?**

A más tardar el 30 de septiembre de cada año.

xiii. **¿Cuál es el proceso de aprobación de la dotación?**

La Entidad Administradora propondrá al Servicio de Salud respectivo la dotación fijada, dentro de los 10 primeros días del mes de octubre de cada año. El Servicio de Salud tendrá 10 días, a contar de su recepción, para hacerle observaciones mediante

resolución fundada. En ningún caso estas observaciones podrán llevar a un aumento del total de horas fijadas en la propuesta inicial.

xiv. **¿Qué sucede si no hay acuerdo?**

En estos casos se formará una comisión integrada por el Alcalde, el Servicio de Salud y el Seremi, quién la presidirá. El plazo para resolver el conflicto es el 30 de noviembre de cada año.

xv. **¿Existe un estándar de RRHH nacional para aplicar a todas las comunas?**

No es posible, ya que si existen estándares nacionales, ellos se han calculado considerando la situación epidemiológica país, la que no necesariamente representa la realidad de una comuna en particular.

La Ley establece que las entidades administradoras deberán tener su Diagnostico epidemiológico comunal participativo actualizado y que los equipos de salud tienen conocimiento de la situación de salud y otras características de la población que atienden lo que tendría que permitir definir los recursos humanos necesarios para esa población ya caracterizada necesaria para ejecutar su plan de salud, determinar sobre las horas con que cuentan, sus brechas o excesos de horas y a partir de eso establecer sus propios estándares.

xvi. **¿La capacitación válida para la carrera funcionaria tiene que ver con el plan de salud?**

La Ley establece en su articulado que los funcionarios tienen que capacitarse y que esa capacitación es necesaria para mejorar la calidad de las acciones de salud por lo tanto al efectuarse el Proyecto de Programa Anual, deberían haberse identificado las capacitaciones a realizar para ser incorporados al Programa de Salud de la Comuna.

El art. 44°. Señala que el personal está sujeto a un proceso de calificación que tendrá el carácter de formativa y el artículo 48° establece que los funcionarios de una dotación municipal de salud podrán dejar de pertenecer a ella por i) Disminución o modificación de la dotación, según lo dispuesto en el artículo 11 de la presente ley. **En su art. 47** la Ley 19378 establece que los funcionarios participarán, con carácter consultivo, en el diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación de las actividades del establecimiento donde se desempeñan.

GLOSARIO DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA ATENCIÓN DE SALUD

ACTIVIDAD:

Combinación o conjunto de tareas (o intervenciones) que se dirigen directamente a solucionar algunos problemas de salud de las personas, las familias o las comunidades, así como de salud ambiental. Tienen diversos atributos de los cuales los más importantes son: el tipo, la cantidad, la calidad, el contenido, la cobertura, la concentración y el costo unitario.

COBERTURA:

Relación (expresada habitualmente en porcentaje) entre la población que ha recibido, o va a recibir una determinada actividad y la población que debería recibirla o haberla recibido.

CONCENTRACIÓN:

Relación (expresada habitualmente por unidad de población) entre el número de actividades de un determinado tipo y la población que recibe o debiera recibir esas actividades.

DEMANDA:

Es una conducta o una actitud de las personas o de las población, que pueden ser expresión de una necesidad objetiva de atención o bien de una necesidad subjetiva, producto de creencias, expectativas, información incompleta o errónea, e incluso inducida por los propios proveedores de servicios directos e indirectos.

ESTRATEGIAS:

Conjunto de medidas que permiten sortear o superar los obstáculos (cuellos de botella) que impiden o dificultan la consecución de los objetivos de una política, un plan o un programa. La estrategia permite modificar el pronóstico en un sentido favorable a los objetivos fijados.

INDICADOR:

Indicador es cualquier término verbal o numérico que resume y representa a un fenómeno social que deseamos medir. Los indicadores de salud son habitualmente de carácter numérico, aunque también se pueden incorporar conceptos cualitativos a esta categoría. Los indicadores numéricos de carácter estadístico no tienen valores específicos, por lo que el término no puede ser confundido con el de norma técnica o norma administrativa técnica, que es un determinado rango de valores que esperamos asuma un indicador que hemos elegido como criterio de medición de algún efecto o de comportamiento de un fenómeno, en el contexto del desarrollo de cualquier programa de salud.

INTERVENCIÓN O TAREA:

Son las acciones directas que en diferentes combinaciones componen una actividad. Por ejemplo, para la actividad “control de niño sano por enfermera” las intervenciones serían: anamnesis, examen físico, medición de peso y de estatura,

educación, indicación, etc.

INSTRUMENTO:

Combinación de “recursos reales” con que se ejecutan las diversas actividades. Existe un tipo de instrumento de específico para cada tipo de actividad. Por ejemplo, para la actividad “consulta médica” el instrumento es la “hora-médica”; para la actividad “egreso hospitalario” el instrumento es el “día-cama”. Los instrumentos tienen atributos, de los cuales los más importantes son el tipo, la cantidad, la calidad, la composición, el rendimiento y el costo unitario.

OFERTA:

Es la capacidad potencial de proveer servicios de salud por parte de todos los componentes del sistema de atención.

PLAN DE SALUD:

Documento escrito en el cual se presentan en forma ordenada los diferentes tipos de actividades, sus cantidades y características (o atributos). Por ejemplo: consultas, hospitalizaciones, sesiones educativas, inspecciones, etc., a ser entregadas a una población determinada y de los recursos necesarios para su ejecución. Se formula sobre la base de un diagnóstico explícito de la población, sus características, situación de salud y de atención de salud, así como de un análisis de los problemas de salud, sus factores condicionantes y las intervenciones posibles. Explicita los métodos a usar y sus fundamentos. Se acompaña del presupuesto correspondiente. Contiene asimismo un diseño de las evaluaciones a realizar.

PROGRAMA DE SALUD:

Conjunto de actividades agrupadas de acuerdo a ciertos criterios convencionales.

Por ejemplo: a) Objeto del Programa (personas o medio ambiente); b) Grupos de edad; c) Problemas de salud a abordar, d) Tecnologías; e) Otros. En Chile el criterio ordenador principal, en el caso de los programas de salud dirigidos a las personas, es por grupos etáreos. Es así como hoy tenemos: El programa de Salud del Niño, el del Adolescente; el del Adulto; el del Adulto Mayor, y el de la Mujer. Un segundo criterio ordenador es por problemas. Por ejemplo; Salud Mental; Salud Buco-Dental; Hipertensión; Diabetes, etc.

Dotación: la cantidad de horas de personal que la Entidad Administradora Municipal requiere para realizar el Programa de Salud que ha elaborado.

SALUD INFANTIL

El Seguimiento a la trayectoria del desarrollo de los niños y niñas se inicia con la atención integral proporcionada a la madre, al padre y a su hijo o hija en el control de la díada y continúa con las atenciones proporcionadas al niño o niña para evaluar el estado de salud, el logro de los hitos del desarrollo esperables para la edad, el contexto familiar del crecimiento, la calidad de relación vincular con la figura principal de cuidados y las intervenciones psicoeducativas que fomentan las habilidades parentales en la crianza. Por lo cual la atención de salud proporcionada a los niños y niñas pone los énfasis en contribuir a una acogida segura y afectuosa a las nuevas personas, en el fomento de la adquisición de hábitos saludables, en alimentación y actividad física, en facilitar el acceso a tratamiento de aquellos/as que nacen con problemas de salud, en apoyar a la familia en la crianza, en ofrecer acciones de prevención de enfermedades infecciosas, adicciones, accidentes domésticos y maltrato, en detectar tempranamente las enfermedades más frecuentes y en realizar actividades para el seguimiento y apoyo del desarrollo integral de los niños y niñas, etc.

Área Estratégica: Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niños y niñas	Realizar actividades de promoción en el marco de la "Guía para la Promoción del Desarrollo Infantil en la Gestión Local"	Realizar a lo menos 5 actividades de promoción sugeridas en la guía en algún espacio comunitario, según realidad local.	(Nº de actividades comunitarias en promoción del desarrollo infantil realizadas/ Nº de actividades comunitarias en promoción del desarrollo infantil programadas) * 100	REM A19 Sección B REM 27
Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco	Consejería a madres o cuidadoras de niños con enfermedades respiratorias	Acceder al 30% de la población con riesgo de IRA en consejería	(Nº de actividades de promoción en consejería antitabaco x nº total de población infantil) x 100	Construcción de Base datos propios

Área Estratégica: Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Fortalecer el control de salud del niño o niña con énfasis en intervenciones educativas de apoyo a la crianza para el logro de un desarrollo integral.	Taller educativos de habilidades parentales con metodología "Nadie es Perfecto" a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 6 años bajo control.	Realizar a lo menos 4 talleres con metodología Nadie es Perfecto a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 6 años bajo control por establecimiento. Aumentar en un 5 % el ingreso de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 2 años bajo control a los talleres con metodología Nadie es Perfecto.	(Nº Talleres con metodología Nadie es Perfecto a padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 6 años bajo control por establecimiento/ Total de establecimientos de la comuna) x 100. (Nº de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 2 años bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ Nº total de de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 2 años bajo control) x 100	REM

	Realizar talleres de auto cuidado: Estimulación y normas de crianza a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 3 años inscritos en el establecimiento.	Mantener el % respecto a si mismo de niñas/os inscritos cuyos padres o cuidadores asisten al menos a tres sesiones del Taller de auto cuidado: estimulación y normas de crianza	(N° de padres y/o cuidadores de niños y niñas bajo control de 0 a 3 años que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza/ N° total de padres y/o cuidadores de niños o niñas inscritos de 0 a 3 años de edad) x 100	REM 27
Fortalecer la cobertura de control de salud de los niños/as con énfasis en el control de los 2 años seis meses y a los cuatro años seis meses.	Rescate de niños y niñas inasistentes a los controles de Salud con énfasis en los 2 años seis meses y de los cuatro años seis meses.	100% de los niños/as tienen su control de salud a los 2 años y seis meses de edad 100% de los niños/as tienen su control de salud a los 4 años y seis meses de edad	(N° de niños de 2 años y seis meses de edad controlados/ N° Total de niños de 2 años a 2 años y 11 meses bajo control) x 100 (N° de niños de 4 años y seis meses de edad controlados/ N° Total de niños 4 años a 4 años y 11 meses bajo control) x 100	REM A-01 REM P2 REM A-01 REM P2
		100% de niños menores de 6 años con control de salud al día	(N° de niños menores de 6 años de edad con control de salud vigente/ N° Total de niños menores de 6 años inscritos) x 100	REM A-01 REM P2
Fortalecer la creación o mantención de un vínculo seguro entre el niño o niña y la madre, padre o figura significativa en el cuidado	Control de salud a los 4 y a los 12 meses con aplicación de pauta de observación de calidad de apego establecido con su madre/ padre o figura significativa.	Aumentar en un 10 % la aplicación de pauta de observación de calidad de apego de su madre/ padre o figura significativa en el control de salud de los 4 y 12 meses de edad en relación a lo obtenido en el año 2010	(N° de niños y niñas que al control del cuarto mes se les aplica pauta de observación de la relación vincular/ Total de niños y niñas de 28 a 5 meses bajo control) x 100 (N° de niños y niñas que al control del duodécimo mes con pauta de observación de la relación vincular aplicada/ N° Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100	REM A-03 REM P2
Detección oportuna de niños y niñas con rezago y déficit en su desarrollo integral	Control de salud al mes de edad con aplicación de protocolo evaluación neurossensorial	100% niños/as de 1 mes de edad con control de salud con protocolo neurossensorial aplicado	(N° de niños/as que al control del 1er mes se le aplica protocolo NS/ N° Total de niños y niñas de 28d a 5 meses bajo control) x 100 (N° de niños con evaluación neurossensorial alterada derivados según protocolos/ N° total de niños con control del 1er mes) x 100	REM A-03 REM P2
	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP)	90% niños/as de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP) en el control de salud	(N° de niños/as con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP) en el control de salud de los 8 meses de edad/ Total de niños y niñas de 6 a 11 meses bajo control) x 100	REM 03 REM P2
	Control de salud a los 12 meses con aplicación de pauta breve de evaluación Del desarrollo Psicomotor.	90% niños/as de 12 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(N° de niños/as con aplicación de pauta breve en el control de salud de los 12 meses de edad/ N° Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100 (N° de niños/as con pauta breve alterada a los 12 meses de edad/ N° Total de niños/as con aplicación de	REM 03 REM P2 REM P2

			pauta breve en el control de salud a los 12 meses de edad) X 100	
	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP)	90% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP en el control de salud	(N° de niños/as con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (EEDP en el control de salud de los 18 meses de edad/ Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100. (N° de niños/as con EEDP alterada (rezago) a los 18 meses de edad/ N° Total de niños/as con aplicación de EEDP en el control de salud a los 18 meses de edad) x 100	REM 03 REM P2 REM 03
	Control de salud a los 24 meses con aplicación de pauta breve de evaluación de desarrollo Psicomotor	50% niños/as de 24 meses de edad se les aplica pauta breve en el control de salud	(N° de niños/as con aplicación de pauta breve en el control de salud de los 24 meses de edad/ Total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) x 100	REM 03 REM P2
	Control de salud a los 36 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor TEPSI.	90% niños/as de 36 Meses de edad se les aplica evaluación de desarrollo Psicomotor TEPSI en el control de salud.	(N° de niños/as con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (TEPSI) en el control de salud a los 36 meses de edad/ N° Total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) x 100	REM 03 REM P2
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente y Polio Oral a los 6 meses de edad.	Cobertura comunal de vacunación no inferior a 95%	(N° de niños vacunados con Pentavalente y Polio Oral a los 6 meses de edad /N° Total de niños de 6 meses de edad de la comuna correspondiente) x 100	REM 13
Reducir la carga de enfermedad por primera dosis de vacuna TRIVIRICA al año de edad.	Administración de la vacuna trivirica a los 12 meses de edad.	Cobertura comunal de vacunación no inferior a 95%.	(N° de niños vacunados con trivirica los 12 meses de edad con/N° Total de niños de 12 meses de edad de la comuna correspondiente) x 100	REM 13 REM 14
Detener el aumento de la prevalencia de obesidad en la población de niños y niñas menores de 6 años.	Consulta nutricional individual o grupal al control del 5° mes con refuerzo de la lactancia materna exclusiva y educar en alimentación mixta en el 6° mes	Cobertura de consulta nutricional individual o grupal del 85% de niños/as menores de un año bajo control	N° de niños/as con consulta individual o grupal nutricional al quinto mes de vida / N° Total de niños/as en control menor de un año (niños de 6 a 11 meses) x 100	REM P 02
	Consulta nutricional a los 3 años y seis meses con refuerzo de estilos de vida saludable y componente de salud bucal	Cobertura de consulta nutricional del 85% de los menores bajo control entre 3 y 4 años.	(N° de niños de 3 años y seis meses con consulta nutricional/ N° Total de niños/as de 3 a 4 años bajo control) x 100 N° de niños/as de 3 años y seis meses que son evaluados en su salud bucal / N° Total de niños/as de 3 años y seis meses que asisten a control de salud x 100	REM P 02 REM
	Seguimiento alimentario – nutricional, con apoyo de educación, actividad física y asesoramiento en estilos de vida saludable.	Aumentar el porcentaje de niños/as que mejoran condiciones cardiovasculares al término de la	(N° de niños/as que participan del PASAF y que mejoran el Z Score al término de la intervención/ N° total de niñas/os que egresan del PASAF) x 100	REM Alternativa registro PASAF

		intervención		
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar,	Control de salud a los 18 meses de edad con aplicación de Pautas de Evaluación Bucodentarias,	80% de los niños/as que asisten a control de salud a 18 meses de edad son evaluados en su salud bucal	(N° de niños/as de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal/ N° Total de niños/s de 12 a 23 meses que asisten a control de salud) x 100	REM
Detección precoz de displasia de caderas en los niños y niñas menores de 4 meses	Derivación a radiografía de caderas	100% de los niños y niñas de 3 meses de edad son derivadas a examen radiológico de cadera	(N° de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de cadera/ Total de niños y niñas de 3 meses de edad) x100	REM.
Disminuir las complicaciones asociadas a la sífilis congénita.	Citación y referencia de recién nacidos tratados por sífilis congénita al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control de acuerdo a normativa vigente ²¹ al establecimiento definido en cada red de atención	100% de los recién nacidos tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento.	(N° de RN tratados al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control citados - derivados/ N° total de RN tratados al momento del parto por sífilis congénita y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control) x 100	Registros de actividad: por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud Evaluación: -Auditorias de caso
Contribuir a la prevención de infecciones respiratorias agudas desde el período de gestación hasta los 3 meses de edad.	Taller a madres desde el período de gestación hasta los 3 meses de edad del niño.	Aumentar la cobertura de talleres en 30% a madres en gestación hasta los 3 meses de edad del niño.	(N° de madres que asisten a talleres/ N° total de niños menores de 3 meses bajo control) x 100	REM 27

Área Estratégica: Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la incidencia de Déficit de Desarrollo sicomotor en los niños y/o niñas detectadas con rezago en su evaluación del DSM	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	100% de niños y niñas evaluados con rezago en su desarrollo sicomotor son derivados efectivamente a alguna modalidad de estimulación temprana	(N° de niños/as evaluados con rezago en su desarrollo sicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación/ N° Total de niñas y niños menores de 4 años con rezago en su desarrollo sicomotor) x 100	REM A03
Aumentar el porcentaje de niños y niñas recuperados de déficit de su desarrollo	Consulta del niño o niña con déficit en su desarrollo psicomotor Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	90 % de los niños o niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8 , 18 y 36 meses recuperadas/os año 2009 se recupero el 63 % datos DEIS 90 % de los niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de Estimulación del DSM	90 % de los niños o niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8 , 18 y 36 meses recuperadas/os revisar N° de ingresos a modalidades de Estimulación del DSM de niños y niñas con déficit en el DSM / Total de niños y niñas diagnosticados(as) con déficit del DSM	Informe del SS respectivo REM A05 REM A03

	Visita domiciliaria integral	100% de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales.	Nº de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor recibe 2 o más visitas domiciliarias integrales/ Total de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con déficit en su desarrollo psicomotor x 100.	REM A26 REM P2
Restablecer el vínculo seguro entre el niño o niña y la madre, padre o figura significativa en el cuidado	Taller de Auto cuidado: estimulación y normas de crianza.	El 100% de los niños y niñas menores de 1 año cuyas madres padres o cuidador/a significativa fueron evaluados con apego inseguro participan del taller de Auto cuidado: estimulación y normas de crianza.	(Nº de niños/as menores de un año de edad cuyas madres, padres o cuidador/a significativa fueron evaluados con apego inseguro participan del taller de Auto cuidado: estimulación y normas de crianza/ Nº Total de niños/as menores de un año de edad cuyas madres, padres o cuidador/a significativa fueron evaluados con apego inseguro) x 100	REM A03
Disminuir o mantener la prevalencia de obesidad en la población de niños y niñas menores de 6 años.	Consulta nutricional individual o grupal	Cobertura de consulta nutricional individual o grupal al 100% de los niños/as con mal nutrición por exceso menores de 6 años bajo control	(Nº de niños/as menores de 6 años bajo control con consulta nutricional individual o grupal con mal nutrición por exceso/ Total niños/as con mal nutrición por exceso menores de 6 años bajo control) x 100	REM P 02
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales	Aplicación de instrumento de detección de maltrato infantil en control de salud de los dos años	El 100% de los niños en sus controles de salud de los dos años son evaluados para la detección de maltrato infantil y abuso sexual	(Nº niños que en sus controles de salud de los dos años son evaluados para detección de maltrato infantil y/o abuso sexual/ Total de niños/as de 24 a 47 meses bajo control) X 100	REM A08
	Consulta Médica para Diagnóstico de niñas y niños con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual	100% de niñas/s menores de 6 años bajo control, con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben consulta médica para diagnóstico	(Nº de niñas/os menores de 6 años bajo control con sospecha de maltrato infantil que reciben consulta médica para diagnóstico/ Nº Total niñas/os menores de 6 años bajo control con sospecha de maltrato infantil) x 100 (Nº de niñas/os menores de 6 años bajo control con sospecha de abuso sexual que reciben consulta médica para diagnóstico/ Nº Total niñas/os menores de 6 años bajo control con abuso sexual) x 100	REM
	Visita Domiciliaria Integral a familias de niños/as con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual	100% de familias de niños/as menores de 6 años bajo control con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben visita domiciliaria integral (VDI)	(Nº de familias de niños/as menores de 6 años bajo control con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben VDI/ Nº Total de familias de niños/as menores de 6 años con sospecha de maltrato infantil y/o abuso sexual) x 100	REM P6
	Intervención psicosocial familiar	90% de familias de niños/as menores de 6 años bajo control y con	(Nº de familias de niños/as menores de 6 años bajo control y con diagnóstico	REM

		diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben al menos una intervención psicosocial familiar	de maltrato infantil y/o abuso sexual que reciben al menos una intervención psicosocial familiar/ N° Total de familias de niños/as menores de 6 años bajo control y con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual) x 100	
	Consulta médica para diagnóstico de niñas/os con sospecha de Trastornos Hipercinético y de la Atención.	100% de niños/as con sospecha de trastorno Hipercinético y de la atención reciben consulta médica para diagnóstico	(N° de niñas/s con sospecha de Trastorno Hipercinético y de la Atención que reciben consulta médica para diagnóstico/ N° Total de niñas/s derivados por sospecha de Trastorno Hipercinético y de la Atención) x 100	REM
	Tratamiento Integral de niños/as con confirmación diagnóstica de un Trastorno Hipercinético y de la Atención, según Guía Clínica	El 90% de los niños/as con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinético y de la Atención reciben Tratamiento Integral según Guía Clínica	(N° de niños/as con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinético y de la Atención que recibe Tratamiento Integral según Guía Clínica/ N° total de niñas/os con confirmación diagnóstica de Trastorno Hipercinético y de la Atención) x 100	REM
Mejorar y mantener la salud bucal de niñas y niños en edad preescolar y escolar, mediante medidas recuperativas de las patologías bucales de mayor prevalencia	Atención odontológica integral a niños y niñas.	30 % de cobertura en altas odontológicas totales en los niños/as de 2 años, beneficiarios o inscritos 35% de cobertura de altas odontológicas totales en niños y niñas de 4 años, beneficiarios o inscritos	(N° de niños de 2 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 2 años inscritos o beneficiarios) x 100 (N° de niños/as de 4 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 4 años inscritos o beneficiarios) x 100	REM 09
Incrementar la cobertura de atención odontológica integral en niños y niñas de 6 años (GES Salud Oral Integral para Niños y niñas de 6 años)	Atención odontológica integral según la evaluación de cada caso, de acuerdo a Guía Clínica GES	Alcanzar un 70 % de cobertura en altas odontológicas totales en los niños y niñas de 6 años, beneficiarios o inscritos	(N° de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ N° Total de niños/as de 6 años inscritos o beneficiarios) x 100	REM 09
Contribuir a la disminución de morbimortalidad en menores de 7 meses con riesgo moderado- grave de morir por Neumonía.	Controles en sala IRA de niños menores de 7meses con síntomas de enfermedades respiratoria.	Controlar al 100% de los niños menores de 7 meses con diagnóstico de IRA baja. Controlar al 100% de niños con indicación de Hospitalización Abreviada (HA).	(N° de atenciones de niños menores de 7 meses con dg. de IRA baja/ N° total de consultas por IRA en pediatría a menores de 7 meses) x 100 (N° de H.A. en menores de 6 meses/ N° total de consultas por IRA en pediatría en menores de 6 meses) x 100	REM 23 SERIE P1

Área Estrategia: Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la cobertura de atención de pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pactes. oxígeno)	Visita domiciliaria de profesional kinesiólogo, a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas	Aumentar en 30% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades Crónicas	(N° de visitas domiciliarias a pacientes con enfermedades crónicas respiratorias/ N° total de pacientes con	REM 26

domiciliario, avni, Asma, Fibrosis Quística)			enfermedades crónicas bajo control) x 100	
-------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------	--

SALUD DEL ADOLESCENTE

El objetivo de la atención es apoyar el proceso de autonomía progresiva, de modo que las y los adolescentes cuenten con información y servicios adecuados para que puedan tomar decisiones en favor de su salud y calidad de vida, en el marco de relaciones intergeneracionales positivas y cercanas, de una integración social activa y con equidad de género²². Desde el punto de vista sanitario, la salud adolescente debe ser abordada con enfoque de determinantes sociales de la salud de participación social, enfatizando el desarrollo de iniciativas intersectoriales que permitan incorporar a los y las adolescentes y su entorno social, canalizando la enorme energía disponible para nuevos aprendizajes y el interés por explorar el mundo que caracterizan la adolescencia, permitiendo a las personas con el apoyo de su comunidad, culminar su proceso de desarrollo y de construcción para sí mismos de una identidad que se proyectará en la vida adulta, reconociendo en este período, enormes oportunidades para la construcción y consolidación de formas de vida saludables, equitativas y solidarias.

Área Estratégica: Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Fortalecer las redes familiares y comunitarias como factor protector de las conductas de riesgo de los adolescentes de 10-14 años.	Talleres de habilidades parentales	Realización de talleres de habilidades parentales orientados a adolescentes entre 10 y 14 años, padres o adultos significativos. 50% de los adolescentes controlados participan en actividades de espacios amigables.	(Nº talleres realizados a adolescentes entre 10 y 14 años, padres o adulto significativo/ Nº total de adolescentes entre 10 y 14 años inscritos) (Nº de adolescentes controlados que participan al menos una vez en actividades espacios amigables/ Nº total de adolescentes bajo control) x 100	REM 19 Sección B. Actividades de promoción REM 27 Educación para la Salud.
Realizar control anual de salud integral con enfoque anticipatorio y de riesgo a los adolescentes	Control de salud integral anual de adolescentes, según protocolo ²³ . Etapas 10-14 años c/1 año Etapa 15-17 años c/2 años Etapa de 18-19 años c/2 años.	100% de los adolescentes entre 10 y 19 años se controlan con ficha CLAPS. Aumentar en un 50% respecto al año anterior controles de salud en el grupo de 10-14 años Aumentar en un 30% respecto al año anterior controles de salud en el grupo de 15-17 años	(Nº de adolescentes controlados con ficha CLAPS/ Nº Total de adolescentes inscritos) x 100 (Nº de adolescentes entre 10 – 14 años, controlados con ficha CLAPS/ Nº total de adolescentes entre 10 – 14 años inscritos) x 100 (Nº de adolescentes entre 15 – 17 años, controlados con ficha CLAPS/ Nº total de adolescentes entre 15 – 17 años	REM 02 Examen Medicina Preventiva

23 Ficha CLAPS.

		Aumentar en un 20% respecto al año anterior controles de salud en el grupo de 18-19 años.	inscritos) x 100 (Nº de adolescentes entre 18 – 19 años, controlados con ficha CLAPS/ N° total de adolescentes entre 18 – 19 años inscritos) x 100	
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 15 años y en adolescentes entre 15-19 años	Implementar al menos dos actividades de información y promoción de sexualidad segura.	100% de actividades planificadas realizadas	(Nº de actividades realizadas/ N° total de actividades planificadas) x 100	REM A5 Sección A: ingresos y egresos de gestantes
Disminuir el número de adolescentes consumidores de tabaco.	Detección y consejería a adolescentes consumidoras de tabaco detectadas en el control anual de salud. Implementar actividades de promoción de tabaquismo en escuelas.	100% de las actividades planificadas realizadas.	(Nº actividades realizadas/N° total de actividades planificadas)x100	REM 27 A19 Consejería Antitabaco

Área Estratégica: Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar el número de adolescentes informados en forma anticipatoria sobre el ejercicio de una sexualidad segura con enfoque de riesgo.	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva en las distintas etapas del desarrollo de los y las adolescentes de acuerdo normativa legal. Consejería para la regulación de la fertilidad en adolescentes que lo solicitan.	100% de adolescentes reciben consejería en Salud Sexual y Reproductiva según las distintas etapas del desarrollo. Consejería para la regulación de la fertilidad al 100% de las/los adolescentes que la solicitan.	(Nº de Consejerías en SSR realizadas/ N° total adolescentes bajo control) x100 (Nº de Consejerías en regulación de la fertilidad/ N° total adolescentes bajo control) x 100 (Nº Adolescentes menores de 15 años controladas con MAC/ N° total de Adolescentes menores de 15 años) x 100	REM A19 Salud Sexual Reproductiva
Aumentar el ingreso y control de adolescentes en regulación de fertilidad.	Control de regulación de la fertilidad	Control de regulación de la fertilidad al 100% de las adolescentes que lo solicitan.	(Nº Adolescentes entre 15 a 19 años controladas con MAC/ N° total de Adolescentes entre 15 a 19 años) x 100	REM A1 Controles de salud/Sección A Controles de SSSR. REM A5 Regulación de fecundidad
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas adolescentes en control acceden a tamizaje para sífilis	(Nº de gestantes adolescentes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato con VDRL o RPR tomado durante el control prenatal/N° total de gestantes adolescentes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato) x100	REM - A05 REM- A11 REM - A 24

Disminuir la transmisión vertical del VIH.	Consejería para VIH a gestantes Oferta de Test VIH ²⁴	100% de las gestantes que aceptan realizarse el test reciben consejería pre y post test para detección de VIH/SIDA	(Nº de consejerías pre test para VIH en gestantes/ Nº total de embarazadas bajo control) x 100 (Nº de consejerías post – test para VIH en gestantes/ Nº total de embarazadas bajo control) x 100 (Nº gestantes que se realizan el test de detección para VIH/ Nº de embarazadas totales) x100	REM A11 REM A19
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 15 años y en adolescentes entre 15-19 años	Actividades de prevención de embarazo adolescente y consejería en SSR.	100% de los adolescentes bajo control capacitados en el uso correcto de métodos para regulación de fertilidad. 100% adherencia control de regulación de la fertilidad en adolescentes que han iniciado actividad sexual.	(Nº de embarazadas adolescentes menores de 15 años/ Nº total de adolescentes menores de 15 años bajo control) x 100 Nº de embarazadas adolescentes de 15-19 años/ Nº Total de adolescentes entre 15-19 años bajo control) x 100	REM A 19
Aumentar el Nº de adolescentes madres en control de fertilidad para prevenir 2do embarazo adolescente.	Monitoreo y Consejería a madres adolescentes al 6º mes post parto por matrona para educar en el uso correcto y adherencia al control de regulación de la fertilidad. Visita Domiciliaria Integral (VDI) a adolescentes gestantes, madres puérperas y madres adolescentes de niños/as menores de 1 año en riesgo psicosocial con énfasis en prevención de 2do embarazo.	Establecer línea de base Establecer línea de base	(Nº de madres adolescentes 6º mes post-parto controladas con método de regulación de la fertilidad/ Nº total de madres adolescentes al 6º mes post parto bajo control) x 100 (Nº de adolescentes gestantes en riesgo y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año con VDI realizada/ Nº Total adolescentes gestantes y/o adolescente puérpera, y/o madre adolescente de un niño/a menor de 1 año bajo control) X 100	REM 03 Establecer línea base
Gestantes, madres y padres adolescentes con habilidades parentales y apoyo para la crianza.	Actividades del Programa NADIE ES PERFECTO	30% de padres y madres adolescentes asisten a 4 sesiones del taller “Nadie es Perfecto”	(Nº de padres y madres adolescentes que asisten al 60% de los talleres Programa NADIE ES PERFECTO/ Nº total de padres y madres adolescentes derivados a Programa NADIE ES PERFECTO) x 100	REM 27 REM P01

Disminuir las adolescentes con malnutrición durante su gestación	Talleres de auto cuidado (CHCC) Consulta nutricional de gestantes con malnutrición. Evaluación nutricional de mujeres al 6° mes post parto ²⁵ y derivación a consulta nutricional de las que presentan malnutrición.	Línea base de cobertura de consulta nutricional de las adolescentes gestantes con malnutrición. 100% de las adolescentes con malnutrición acceden a una consulta nutricional.	(N° de gestantes bajo control con consulta nutricional por malnutrición/ N° total de gestantes con diagnóstico de malnutrición) x 100 (N° de madres adolescentes 6° mes post-parto controladas por malnutrición/ N° total de madres adolescentes 6° mes post-parto bajo control) x 100	REM P01 REM A3 Evaluación estado nutricional mujeres controladas al 6° mes de post parto
Derivar a consejería nutricional a los adolescentes cuya evaluación nutricional indique malnutrición en déficit o por exceso.	Consejería nutricional a los adolescentes cuya evaluación nutricional indique malnutrición en déficit o por exceso. Seguimiento alimentario–nutricional, en adolescentes con malnutrición por exceso, con apoyo de educación, actividad física y asesoramiento en estilos de vida saludable (PASAF).	Consejería nutricional a todos los adolescentes cuya evaluación nutricional indique malnutrición en déficit o por exceso ajustando según grado de Tanner. Mejorar condiciones cardiovasculares al término de la intervención.	(N° de consejería realizadas en adolescentes con problemas de malnutrición en exceso o por déficit/ N° de adolescentes con problemas de malnutrición derivados) x 100 (N° de adolescentes que participan del PASAF y que mejoran el Z Score al término de la intervención/ N° total de adolescentes que egresan del PASAF) x 100	REM A19 Consejería (Estilos de Vida-Ac. Física) Incorporar al REM los datos del registro PASAF ya existentes
Derivar a consulta nutricional a los y las adolescentes con Obesidad y síndrome metabólico.	Consulta de Morbilidad Consulta Nutricional	100% de los y las adolescentes con obesidad son derivados/as a consulta nutricional 60% de los adolescentes con sobrepeso y obesidad con indicación de actividad física	(N° adolescentes con obesidad que reciben consulta nutricional/ N° Total de adolescentes con obesidad) x 100 (N° de adolescentes obesos y con sobrepeso en consejería alimentaria y de actividad física/ N° total de adolescentes obesos y con sobrepeso) x 100	REM A2 Examen Medicina Preventiva Sección B/según resultado estado nutricional REM A4 Consulta REM Generar línea de base
Mantener y mejorar la salud bucal de la población adolescente a los 12 años, edad de vigilancia internacional para caries dental, a través de medidas promocionales, preventivas y recuperativas.	Consulta odontológica integral	Alcanzar o superar el 73% de cobertura en altas odontológicas totales en los adolescentes de 12 años, beneficiarios o inscritos en SNSS. 10% de los adolescentes de 12 años con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo.	(N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / N° Total de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios x 100) (N° de adolescentes de 12 años con alta odontológica total que reciben Consejería breve en tabaquismo/ Total de adolescentes de 12 años con alta odontológica total) x 100	REM 09

²⁵ Esta evaluación debe realizarse en los controles regulares

Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	Examen de Salud Anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o sospecha de trastornos mentales ²⁶ . Examen de salud anual con aplicación de AUDIT Intervención Preventiva para adolescentes con consumo riesgoso de alcohol.	Establecer línea base: % de adolescentes con sospecha a los que se les realiza examen de salud anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o trastornos mentales. 100% de los adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual se les aplica el AUDIT. 90% de los adolescentes con puntaje AUDIT entre 8 y 15 reciben intervención preventiva	(N° de adolescentes con sospecha de trastornos mentales con examen realizado/ N° total de adolescentes con sospecha de trastornos mentales) X 100 (N° de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual con aplicación del AUDIT/ N° total de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100 (N° de adolescentes con puntaje AUDIT entre 8 y 15 que reciben intervención preventiva/ N° total de adolescentes a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100	REM A5 Sec. J/ ingreso PSM. Incorporar registro de adolescentes a los que se les realiza examen REM 6 Incorporar este registro en REM
	Examen de salud anual con aplicación de GHQ12 para detección de depresión. Consulta médica para diagnóstico de depresión	% de adolescente inscritos de 15 años y más a los que se les realiza el examen de salud anual con aplicación de CHQ12. 100% de adolescentes con sospecha de depresión detectada en el examen de salud anual, reciben consulta médica para diagnóstico.	(N° de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual con aplicación de GHQ12/ N° total de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100 (N° de adolescentes inscritos con sospecha de depresión detectada en el examen de salud anual, que reciben consulta médica para diagnóstico/ Total de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100	REM A5 REM A6
	Plan Ambulatorio Básico según Guía Clínica GES a adolescentes con consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas	100% de los adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio	(N° de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio/ N° total de adolescentes a los que se les realiza el examen de salud anual) X 100	SIGGES REM A6

	Tratamiento integral en atención primaria e inicio de tratamiento y derivación a especialidad cuando corresponda, a adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión.	(N° de adolescentes de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes de 15 años y más inscritas) x 100	SIGGES REM 6 REM P6
	Tratamiento integral en atención primaria de adolescentes de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión	100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave reciben tratamiento integral en GES Depresión	(N° de adolescentes de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave que reciben tratamiento integral en GES Depresión/ Total de adolescentes de 15 años y más inscritas) x 100	SIGGES REM 6 REM P6
		100% de adolescentes de 15 años y más con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, inician tratamiento y son derivados a especialidad	(N° de adolescentes de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ N° de adolescentes de 15 años y más inscritos) X 100	SIGGES REM 6 REM P6 REM 6 REM P6
	Visita Domiciliaria Integral y/o Consejería Familiar para completar evaluación diagnóstica y realizar intervención psicosocial familiar/ambiental cuando corresponda según guía clínica GES	50% de adolescentes de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión reciben tratamiento y derivación según corresponda	(N° de adolescentes de 10 a 14 años inscritos con diagnóstico de depresión que reciben tratamiento integral/ Total adolescentes de 10 a 14 años inscritos con diagnóstico de depresión) x 100	
	Derivación efectiva de adolescentes con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ	50% de familias de adolescentes de 15 años y más en tratamiento por depresión, reciben VDI y/o Consejería familiar	(N° de familias de adolescentes de 15 años y más en tratamiento por depresión que reciben VDI y/o Consejería familiar/ Total familias de adolescentes de 15 años en tratamiento por depresión) x 100	SIGGES REM P6 REM A 19 Registros propios
		100% de adolescentes con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra	(N° adolescentes inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/ N° Total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES REM 6 REM P6

Área Estratégica: Tratamiento

Objetivos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Disminuir el número de embarazos en adolescentes menores de 15 años y en adolescentes entre 15-19 años	Indicación de MAC en adolescentes en riesgo o que solicitan MAC.	100% indicación de MAC a adolescentes que lo soliciten.	N° de adolescentes con tratamiento MAC/ N° total de adolescentes con indicación y/o solicitud) x100	Registro local
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis	Confirmación diagnóstica, tratamiento y monitoreo hasta el parto a casos que	100% de las gestantes adolescentes con VDRL (+) son diagnosticadas, tratadas si corresponde y monitoreadas de acuerdo	N° gestantes adolescentes con VDRL (+) tratadas y monitoreadas/ N° total de gestantes con VDRL (+) X100	Vigilancia Epidemiológica: -ENO -Vigilancia de la sífilis en la

	<p>corresponda de acuerdo a normativa vigente²⁷</p> <p>Citación - Visita domiciliaria a gestantes con VDRL (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.</p>	<p>a Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS</p> <p>100% de gestantes adolescentes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y monitoreo según corresponda, son visitadas –citadas.</p>	<p>Nº visitas - citaciones domiciliarias efectivas realizadas a gestantes adolescentes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y monitoreo / Nº de gestantes adolescentes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y monitoreo) x100</p>	<p>embarazada y congénita</p> <p>Evaluación:</p> <p>-Auditorias de caso</p> <p>Registros de actividad:</p> <p>-Por establecimiento y - consolidado del Servicio de Salud.</p>
<p>Disminuir la transmisión vertical del VIH</p>	<p>Derivación de gestantes VIH (+) al programa de VIH/SIDA del Nivel Secundario</p> <p>Citación - Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo para derivación al programa de VIH/SIDA, asegurando la respectiva confidencialidad²⁸</p>	<p>100 % de las gestantes VIH(+) ingresan al programa de VIH/SIDA</p> <p>100% de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo son visitadas -citadas para derivación al programa de VIH/SIDA</p>	<p>(Nº de gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/SIDA/ Nº Total de gestantes VIH (+) confirmadas por el ISP) x 100</p> <p>(Nº citaciones – visita domiciliarias efectivas realizadas a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo/ Nº total de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo para derivación al programa VIH/SIDA del Nivel Secundario) x 100</p>	<p>Registro ISP</p> <p>Registros de actividad:</p> <p>-Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.</p>
<p>Aumentar el número de adolescentes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial.</p>	<p>Pesquisa de violencia sufrida por adolescentes.</p> <p>Primera respuesta en situaciones de abuso sexual VIF escolar o comunitaria detectada en adolescentes</p>	<p>Contar con línea bases de las cifras de abuso sexual, Violencia física o psicológica (VIF) en adolescentes consultantes en espacios amigables por sexo y rango etareo.</p> <p>Contar con línea de base de primera respuesta recibida por adolescentes en situaciones de abuso sexual VIF, escolar o comunitaria desagregada por sexo y rango etareo.</p>	<p>(Nº de adolescentes pesquisados con abuso sexual, violencia física o psicológica (VIF)/ Nº total de adolescentes bajo control) x 100</p> <p>(Nº de adolescentes que reciben primera respuesta en situaciones de abuso sexual VIF, escolar o comunitaria/ Nº total de adolescentes en situaciones de abuso sexual VIF, escolar o comunitaria)x 100</p>	<p>REM A8</p> <p>Atención médica asociada a violencia de género)</p> <p>Línea base, registro local</p>
	<p>Derivación a especialistas y monitoreo de los casos de adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual y/o violencia grave.</p>	<p>100% de adolescentes con abuso sexual, violencia grave monitoreados y derivados a especialistas, desagregados por sexo y rango etareo.</p>	<p>(Nº adolescentes monitoreados y derivados a especialistas con abuso sexual, VIF o violencia grave/ Nº total de adolescentes bajo control)x 100</p>	<p>Línea base, registro local</p>

²⁷ Norma General Técnica N° 103, aprobada por Decreto Exento N° 424, de 2008 del MINSAL, Normas de manejo y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

²⁸ Ley 19.779, publicada en el Diario Oficial el 14.12.01 que Establece Normas relativas al Virus de Inmuno Deficiencia Humana y crea Bonificación Fiscal para Enfermedades catastróficas; Reglamento del Examen para la Detección del Virus de Inmunodeficiencia humana, Decreto N° 182 de 2005, del Ministerio de Salud.

Aumentar el número de adolescentes gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial durante su gestación	Derivación efectiva de adolescentes gestantes en que se ha detectado sospecha VIF.	Lograr que al 20% de gestantes derivadas por sospecha de VIF se le realice entrevista diagnóstica en el programa VIF de APS del establecimiento	(N° de gestantes con sospecha de VIF a las que se les realiza entrevista diagnóstica en programa VIF de APS/ N° total de gestantes derivadas por sospecha de VIF) x 100	Registro local REM 03 (aplicación de escala evaluación riesgo psicosocial abreviada a gestantes) REM 08
	Aplicación en el control prenatal de ingreso de pauta de detección de riesgo psicosocial			
	Detección y consejería a adolescentes gestantes consumidoras de tabaco detectadas en el control prenatal de ingreso	Establecer línea de base	(N° de adolescentes gestantes fumadoras que reciben consejería antitabaco/ N° total de adolescentes gestantes fumadoras) X 100	REM A19
Detección, consejería y derivación efectiva de adolescentes gestantes con cualquier tipo de consumo de OH y/o drogas detectadas en el control prenatal de ingreso.	Establecer línea de base	Detección, consejería y derivación efectiva de adolescentes gestantes con cualquier tipo de consumo de OH y/o drogas detectadas en el control prenatal de ingreso.	(N° de adolescentes gestantes con consumo de OH y/o drogas que reciben consejería motivacional para la suspensión consumo/ N° total de adolescentes gestantes) X 100 (N° de adolescentes gestantes con consumo de OH y/o drogas que acuden a entrevista de evaluación equipo derivado/ N° total de adolescentes gestantes con consumo de OH y/o drogas derivadas a equipo especializado) X 100	REM A3
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	Examen de Salud Anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o sospecha de trastornos mentales.	100% de adolescentes con problema y trastornos mentales con atención integral y oportuna	(N° de adolescentes con problema y trastornos mental con atención integral y oportuna/ N° total de adolescentes con Examen de Salud Anual) x 100	REM 06 REM A19

SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS

Los principales problemas de salud en nuestro país son las enfermedades crónicas no Transmisibles, Cardiovasculares, Tumores malignos, Diabetes, Respiratorias Crónicas, Osteomusculares, Dentales y Mentales. Según la Organización Mundial de la Salud, 80% de ellas son evitables a través de la prevención y control de los siguientes factores de riesgo: tabaquismo, hipertensión arterial, consumo problemático de alcohol, obesidad, sedentarismo y conductas sexuales inseguras, entre las más importantes. Estos factores deben ser identificados y abordados de manera integral en todo el ciclo vital.

El enfoque familiar y comunitario es especialmente relevante en la intervención de las patologías crónicas y aquellos problemas del ámbito psicosocial. La relación de estos 2 grupos es clara, en su génesis, en su mantenimiento o en su recuperación. Existe una interrelación entre la presencia de patologías crónicas y las dinámicas familiares, las cuales pueden influir positiva o negativamente en la evolución de estas patologías.

Área Estratégica: Promoción

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.	Reuniones con la comunidad o intersector	Al menos 3 actividades con la comunidad.	Nº de actividades realizadas con la comunidad.	Informe municipio
Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a pacientes con enfermedades respiratorias crónicas.	Alcanzar al 30% de la población con riesgo de descompensación respiratoria en consejería antitabaco.	(Nº de actividades de promoción en consejería antitabaco/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	Construcción de Base datos propios.

Área Estratégica: Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Detectar en forma oportuna condiciones prevenibles o controlables que causan morbimortalidad a través del Examen de Medicina Preventiva del adulto (EMP) en personas de 20 a 64 años.	Realizar Examen de Medicina Preventiva del Adulto aplicando pauta de protocolo. Realizar examen de medicina preventiva del adulto focalizado en hombres en edad productiva aplicando pauta de protocolo.	Incrementar 10% la cobertura de EMPA respecto a lo realizado el 2010.	(Nº de EMPA realizados a población adulta beneficiaria FONASA/ Población Total adulta beneficiaria FONASA) x 100 (Nº de EMPA realizados a población adulta masculina beneficiaria FONASA/ Población Total adulta masculina beneficiaria FONASA) x 100	REM 04, Sección A
Aumentar el número de usuarios, particularmente hombres, que reciben tratamiento para reducir su riesgo cardiovascular	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 10% respecto al año anterior la cobertura de hombres bajo control en el PSCV.	(Nº de hombres controlados en el PSCV / Nº total de hombres bajo control en el PSCV) x 100	REM P04, Sección A Población beneficiaria Fonasa
Aumentar el número de personas compensadas	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 5% respecto al año anterior la	(Nº de personas con riesgo CV alto y muy alto	REM PO 4

con riesgo CV alto y muy alto		cobertura de personas compensadas bajo control en el PSCV.	compensadas)/ N° total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100	
Aumentar el número de personas, bajo control en el PSCV o en el PASAF, obesas que logran bajar de peso.	Sesiones de ejercicio físico, con seguimiento alimentario – nutricional y asesoramiento grupal en estilos de vida saludable, con consejería individual y apoyo de psicólogo.	Reducir al menos un 5% del peso inicial de personas obesas que ingresan al PSCV o al PASAF al término de la intervención.	(N° de personas obesas bajo control que bajan al menos 5% de su peso inicial/ N° total de personas obesas del PSCV) x 100 (N° de personas que bajan el 5% o más de su peso inicial al término del PASAF/ N° Total de personas que egresan del PASAF) x 100	REM P04; Sección C Incorporar al DEIS la información actual del registro PASAF
Prevenir o detener la progresión de la enfermedad renal crónica (ERC) de las personas en riesgo.	Control de salud: aplicar ficha de prevención de enfermedad renal crónica de las personas PSCV	100% de las personas en PSCV con ficha de prevención de enfermedad renal crónica aplicada y clasificada según etapa de la enfermedad renal crónica.	Informe con la clasificación Según etapa del ERC.	REM PO 4
Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión PSCV.	Detección de personas hipertensas a través del EMP en consulta de morbilidad.	De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con hipertensión	(N° de personas adultas con hipertensión, bajo control en PSCV/ N° total de personas adultas según prevalencia local de hipertensión en población beneficiaria) x 100	REM P04; Sección A
Aumentar la cobertura de personas entre 20 y 64 años con diabetes tipo 2 en el PSCV.	Pesquisa a través del EMP en consulta de morbilidad.	De acuerdo a prevalencia local, aumentar en 3% respecto al año anterior la cobertura de personas adultas con diabetes tipo 2.	(N° de personas adultas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV/ N° total de personas adultas según prevalencia local de diabetes tipo 2 en población beneficiaria) x 100	REM 04; Sección A
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Control de Salud Cardiovascular: Evaluación anual del pie diabético de acuerdo a las Guías Clínicas de Diabetes Mellitus 2 año 2009.	El 100% de las personas con diabetes tipo 2 ingresadas al PSCV se les realiza una evaluación de los pies. 100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control en el PSCV a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control en el PSCV) x 100 (N° de personas con diabetes tipo 2 bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de personas con diabetes tipo 2 bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie) x 100 (N° de personas diabéticas con amputación de extremidades inferiores/ N° total de personas diabéticas bajo control) x 100	REM P04; Sección C. Alternativa QUALIDIAB - Chile. línea base
Brindar atención integral y oportuna a personas adultas con problemas y trastornos mentales.	Examen de Salud Anual con aplicación de instrumento de detección de problemas y/o sospecha de trastornos mentales.	100% de personas adultas con problema y trastornos mentales con atención integral y oportuna	(N° de personas adultas con problema y trastornos mental con atención integral y oportuna/ N° total de personas adultas con Examen de Salud Anual) x 100	REM 06 REM A19

Promover la asistencia a control preventivo de personas que ejercen el comercio sexual a	Control de Salud Sexual ²⁹	70% de las personas ingresadas a control de salud sexual se mantienen en control.	(N° de personas en control activo (fecha de ingreso correspondiente al periodo)/ N° total de personas solicitan control de salud sexual en el periodo) x 100	Registro local. Censo semestral bajo control
Garantizar la realización del examen de detección de VIH SIDA a personas de 20 y más años que lo solicitan voluntariamente o por indicación médica según criterios clínicos y/o epidemiológico, con consejería pre y post test de acuerdo de normativa exigente.	Consejería pre y post test para examen de detección de VIH/ SIDA.	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería pre y post test.	(N° de consejería pre test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ N° total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100 (N° de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ N° total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	REM REM
Proteger la salud bucal de las gestantes en Riesgo de Parto Prematuro derivadas de control prenatal, a las que se realiza acciones de Protección de la salud buco dental.	Consulta odontológica integral: Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT).	Alcanzar un 90 % de Cobertura en Tratamiento de "Desinfección bucal total" (TDBT) en embarazadas en Riesgo de Parto Prematuro en control en el Centro de Salud.	(N° de gestantes con riesgo de parto prematuro que reciben Tratamiento de Desinfección Bucal Total/ N° Total de Embarazadas en riesgo de parto prematuro derivadas del control prenatal al programa) x 100	REM 09 Registro local
Proteger la salud de la gestante y de su hijo/a	Consejería Breve en Tabaquismo	El 25% de las gestantes con alta odontológica reciben Consejería Breve en Tabaquismo	(N° de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ N° Total de embarazadas con alta odontológica) x100	REM 09
Realizar el control integral de puerperio oportuno a la madre y control de recién nacido al hijo/a antes de los 10 días de vida.	Primer Control de Salud de la Puerpera y Recién Nacido en APS por matron / a antes de los 10 días de vida Considerar control madre - hijo por matrona como urgencia - dejar cupos liberados para absorber la demanda estimada.	Atención, por matron/a, antes de los 10 días de vida al 100% de las puerperas y Recién Nacidos del Centro de Salud.	(N° Puerperas y Recién Nacidos con control de salud antes de los 10 días de vida/ N° Total de partos ocurrido en su localidad)* 100	REM A01 - REM 05
Aumentar el número de mujeres adultas sanas y con enfermedades	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR)	100% de mujeres que soliciten servicios de atención de salud	(N° de mujeres en edad fértil sanas inscritas que reciben consejería en	REM P

²⁹ Control de Salud Sexual: Es el control de salud, biopsicosocial, periódico, que se ofrece a personas que ejercen el comercio sexual, dirigido hacia aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva y la mantención de condiciones saludables, con especial énfasis en la detección, tratamiento precoz de las ITS, así como en su prevención. Fuente: Norma General Técnica N° 103, aprobada por Decreto Exento N° 424, de 2008 del MINSAL, Normas de manejo y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

Área Estratégica: Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la proporción de personas compensadas bajo control de hipertensión (presión arterial inferior a 130/85 mm Hg en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 60% de los hipertensos bajo control con más de 6 meses en Programa logra mantener su presión arterial bajo 130/85 mm Hg	Nº de personas hipertensas en control con presión arterial bajo 130/85 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas en control x 100	REM P04; Sección B
Aumentar el número de personas bajo control con diabetes.	Control de Salud Cardiovascular con examen de hemoglobina glicosilada.	50% de las personas con diabetes bajo control logra niveles de HbA1c <7%. 60% de las personas con diabetes bajo control logra niveles de presión arterial bajo 130/85 mm Hg.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV con niveles de HbA1c <7%/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV) x 100 (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control en PSCV con niveles de presión arterial bajo 130/85 mm Hg/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100	REM P04; Sección B Alternativa Qualiadiab
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis en la mujer embarazada.	Confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento hasta el parto a casos que corresponda de acuerdo a Norma General Técnica N° 103, Manejo y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual.	100% de las gestantes con VDRL (+) son diagnosticadas, tratadas si corresponde y seguidas de acuerdo a Norma de Manejo y Tratamiento de ITS.	(Nº de gestantes con VDRL (+) tratadas y seguidas/ Nº total de gestantes con VDRL (+)) x 100.	Vigilancia epidemiológica: ENO Vigilancia de la sífilis en la embarazada y congénita. Evaluación: Auditorias de caso.
	Citación – visita domiciliar a gestantes con VDRL (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.	Visitas domiciliarias y citación al 100% de gestantes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento.	(Nº Visitas y citaciones domiciliarias efectivas realizadas a gestantes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento/ Nº de gestantes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda) x 100	Registro de actividad: Por establecimiento consolidado del Servicio de Salud.
	Derivación de mujeres en que se ha detectado VDRL (+) en el control prenatal.	100% de mujeres con VDRL (+) en el control prenatal ingresadas al programa ITS.	(Nº de gestantes con VDRL (+) ingresadas al programa ITS/ Nº Total de gestantes con VDRL (+) derivadas al programa ITS) x 100	
Vigilancia de tuberculosis en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH	Examen de bacilo copia	100% de en adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH con examen BK realizado.	(Nº de BK tomadas en adultos/ Nº total de adultos con sintomatología respiratoria y/o VIH en control) x 100	REM adulto mayor BK 05
Aumentar el número de mujeres gestantes que reciben apoyo o tratamiento por	Control prenatal de ingreso con aplicación de pauta de detección de riesgo psicosocial	Al 100% de mujeres gestantes en control con sospecha de riesgo biopsicosocial se le	(Nº de mujeres gestantes con pauta aplicada/ Nº total de gestantes derivadas por	REM 27 Registro local

condiciones de riesgo biopsicosocial.	<p>Derivación efectiva de mujeres en quienes se ha detectado sospecha de Violencia Intrafamiliar (VIF) al “Programa de Atención Integral para Mujeres que viven Violencia Intrafamiliar en Establecimientos de Atención Primaria” del establecimiento.</p> <p>Visita Domiciliaria Integral por matrona a gestantes y familia en riesgo psicosocial, según evaluación matrona y/o del equipo de cabecera.</p>	<p>aplica la pauta.</p> <p>Al 20% respecto a si mismo de gestantes derivadas por sospecha de VIF se le realiza entrevista diagnóstica en el programa VIF de APS del establecimiento.</p> <p>90% de las gestantes con psicosocial con VDI.</p>	<p>sospecha) x 100</p> <p>(N° de mujeres que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial/ N° total de mujeres con pauta aplicada) x 100</p> <p>(N° de gestantes con sospecha de VIF a las que se les realiza entrevista diagnóstica en programa VIF del establecimiento/ N° total de gestantes derivadas por sospecha de VIF) x 100</p> <p>N° de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera X 100</p>	
Disminuir la transmisión vertical del VIH y las ITS en gestantes.	<p>Tamizaje para sífilis durante el embarazo.</p> <p>Confirmación, diagnóstica y seguimiento hasta el parto en casos que corresponda de acuerdo a normativa vigente.</p>	<p>100% de las embarazadas en control acceden a tamizaje para VIH y las ITS.</p> <p>100% de las gestantes con VDRL (+) son diagnosticadas, tratadas si corresponde y seguidas de acuerdo a Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS</p>	<p>(N° de gestantes que acceden a tamizaje para VIH y las ITS/ N° total de gestantes bajo control)</p> <p>(N° gestantes con VDRL (+) tratadas y seguidas/ N° total de gestantes con VDRL (+)) x100</p>	<p>REM A 05 REM A 11 REM A 24</p> <p>Vigilancia epidemiológica ENO, Vigilancia de sífilis congénita en embarazada y recién nacido.</p>
	<p>Consejería para VIH a gestantes Oferta de Test VIH</p> <p>Citación visita domiciliaria a gestante VIH (+) inasistente a control de embarazo para derivación al programa de VIH/SIDA, asegurando la respectiva confidencialidad.</p> <p>Derivación de gestantes VIH (+) al programa de VIH/SIDA</p> <p>Consejería en el pre parto a gestantes que no se hayan realizado</p>	<p>100% de las gestantes que aceptan realizarse el test reciben consejería pre y post test para detección de VIH/SIDA</p> <p>100% de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo son visitadas – citadas para derivación al programa de VIH/SIDA</p> <p>100 % de las gestantes VIH(+) ingresan al programa de VIH/SIDA</p> <p>100% de las gestantes que no se hayan realizado el examen en control prenatal reciben consejería pre y post test</p>	<p>(N° de consejerías pre test para VIH en gestantes/ N° total de embarazadas en control) x 100</p> <p>(N° visitas – citaciones domiciliarias efectivas realizadas a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo/ N° total de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) x 100</p> <p>(N° de consejerías post – test para VIH en gestantes/ N° total de embarazadas en control) x 100</p> <p>(N° gestantes que se realizan el test de detección para VIH/ N° totales de embarazadas) x 100</p> <p>(N° de gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/SIDA/ N° total de gestantes</p>	<p>ENO</p> <p>Registro de actividades em: Establecimientos Consolidado SS</p>

	el examen en control prenatal. Consejería post test a gestantes que se realizan el examen en el pre parto.	para oferta del Test de Elisa o Test Rápido, en el pre parto.	VIH (+) confirmadas por el ISP) x 100 (N° de gestantes que reciben consejería pre - test de detección para VIH o Test Rápido para VIH durante el parto/ N° Total gestantes que acceden a Test de detección para VIH o Test Rápido para VIH en el pre parto) x 100 (N° de gestantes que reciben consejería post - test de detección para VIH o Test Rápido para VIH durante el parto/ N° total gestantes que acceden a Test de detección para VIH o Test Rápido para VIH en el pre parto) x 100	
Garantizar la realización del examen de detección del VIH/SIDA con consejería pre y post test de acuerdo a normativa vigente.	Consejería pre y post test para examen de detección de VIH/SIDA.	100% de los test de Elisa para VIH se realizan con consejería pre y post test.	(N° de consejerías pre test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ N° total test de Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100 (N° de consejerías post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ N° total test de Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	REM 11 REM 19
Detectar co - infección VIH/ TBC	Consejería para VIH a las personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años ³² Solicitud de Rx de Tórax, BK y PPD a personas VIH (+) en control. ³³	100 % de los casos nuevos de personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años reciben consejería para el test de detección de VIH. 100% de personas VIH (+) se realizan Rx. de Tórax, BK PPD	(N° Consejerías para VIH a casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años ³⁴ / N° total casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años) x 100. (N° de casos nuevos de TBC pulmonar o extra pulmonar en personas >15 años y < de 49 años que se realizan Test de Elisa para VIH/ N° total de casos nuevos de TBC	REM 19 Registro local Censo semestre de pacientes en control

³² Norma General Técnica N° 76, Manual de Organización y Normas Técnicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, aprobada por Resolución Exenta N° 444, del 4 de Agosto del 2005.del MINSAL

³³ Guía Clínica Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida GES. MINSAL 2009 y Norma General Técnica N° 76, Manual de Organización y Normas Técnicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, aprobada por Resolución Exenta N° 444, del 4 de Agosto del 2005.del MINSAL

³⁴ Norma General Técnica N° 76, Manual de Organización y Normas Técnicas del Programa Nacional de Control de la Tuberculosis, aprobada por Resolución Exenta N° 444, del 4 de Agosto del 2005.del MINSAL

			pulmonar o extra pulmonar en personas >15 años y < de 49 años en control) x 100 (N° de personas VIH (+) con Rx Tórax, BK y PPD/ N° total de Personas VIH (+) en control) x 100	
Vigilar el aumento de peso excesivo durante la gestación.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición. Participación de embarazadas en talleres de Chile Crece Contigo.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con malnutrición.	(Número de gestantes con malnutrición bajo control, con consulta nutricional/ N° total de gestantes con malnutrición)* 100	REM P01 Incluir en REM calculo Numerador y Denominador
Recuperar la condición nutricional pre gestacional (peso) al 6° mes post parto (EINCV).	Evaluación nutricional de mujeres al 6° mes post parto ³⁵ Consejería alimentaria nutricional. Derivación a consulta nutricional de las mujeres sin curva de descenso.	Mantener o disminuir el 55% de la población de mujeres con sobrepeso y obesidad en el control del 6° mes post parto. (Instancia para obtener datos de esta meta, es en el control del 6° mes del niño).	(N° de mujeres con obesidad y sobrepeso en el control 6° mes posparto/ N° total de mujeres controladas de 6° meses post parto) x 100	REM 03
Aumentar el número de mujeres gestantes, con prioridad en primigestas, con salud bucal recuperada.	Alta odontológica integral.	Alcanzar el 60% de cobertura en altas odontológicas totales, en gestantes ingresadas a control en el establecimiento.	(N° de gestantes con alta odontológica total/ N° de gestantes ingresadas a control prenatal) X 100	REM 09 REM 05
Protección y recuperación de la salud buco dental de las gestantes (Piloto GES 2009).	Consulta odontológica integral	60% de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en embarazadas beneficiarias o inscritas en el Sistema Público	(N° de embarazadas con alta odontológica total / total de embarazadas inscritas o beneficiarias)* 100	REM 09 SIGES
GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años	GES: Salud Oral Integral del adulto de 60 años	50 % de cobertura, al menos, en altas odontológicas totales en adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en el Sistema Público.	(N° de adultos de 60 años con alta odontológica total/Total de adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en SNSS) x100	REM 09 SIGES
Apoyar a mujeres puérperas que presentan condiciones de riesgo Psicosocial.	Visita domiciliaria integral (VDI) al 90% de las puérperas y familia con riesgo psicosocial, según evaluación realizada por el equipo de cabecera.	90% de las gestantes con riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	(N° de puérperas y familia con riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total de puérperas y familia con riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera) x 100	REM 27 Registro local CHCC

³⁵ Esta evaluación debe realizarse en los controles regulares

Aumentar el número de madres y familias que reciben apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna ³⁶ y derivación por problema de salud de la madre y su hijo/a recién nacidos/as.	Primer control de salud de la puérpera y su recién nacido por matrona.	100% puérperas y recién nacidos son atendidos por matronas antes de los 10 días de vida.	(N° de puérperas y recién nacido con control de salud antes de los diez días de vida / N° total de partos ³⁷) x 100 (N° de puérperas que dan lactancia exclusiva en control/ N° Total de puérperas en control) x 100	REM A 01 REM 05
Aplicar pauta de detección de depresión GES en mujeres con mortinato, mortineonato y post aborto.	Aplicar Pauta GES en mujeres con mortinatos, mortineonatos. Aplicar Pauta GES en mujeres en control post aborto.	100% de mujeres con mortinato, mortineonato y post aborto atendidas y aplicada pauta GES.	(N° de mujeres con pauta aplicada en mujeres con mortinato, mortineonato / N° de mujeres con mortinatos, mortineonato) *100 (N° de pautas aplicadas a mujeres post aborto/ N° total de mujeres con control post aborto)*100	Registro local Propuesta 2011
	Derivación efectiva al GES Depresión de las madres de niños/as de 2 y de 6 meses con sospecha de depresión post parto según Escala Edimburgo	El 100% de niños/as de 2 o 6 meses cuyas madres tienen, sospecha de depresión post parto son derivadas a consulta médica para diagnóstico	N° de niños/as de 2 o 6 meses, cuyas madres tienen, sospecha de depresión post parto son derivadas a consulta médica para diagnóstico/ N° Total madres de niños/as de 2 o 6 meses con sospecha de depresión postparto x 100	Registro local SIGES
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis	Tamizaje para sífilis durante el embarazo. Confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento hasta el parto a casos que corresponda de acuerdo a normativa vigente ³⁸ Citación - Visita domiciliaria a gestantes con VDRL (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la	100% de las embarazadas adolescentes en control acceden a tamizaje para sífilis 100% de las gestantes adolescentes con VDRL (+) son diagnosticadas, tratadas si corresponde y seguidas de acuerdo a Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS 100% de gestantes adolescentes que no asisten a control para confirmación	(N° de gestantes adolescentes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato con VDRL o RPR tomado durante el control prenatal/ N° de gestantes adolescentes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato) x100 (N° gestantes adolescentes con VDRL (+) tratadas y seguidas/ N° total de gestantes con VDRL (+)) x 100 (N° visitas - citaciones domiciliarias efectivas realizadas a gestantes adolescentes que no	REM - A05 REM- A11 REM - A 24 Vigilancia Epidemiológica: -ENO -Vigilancia de la sífilis en la embarazada y congénita Evaluación: -Auditorias de caso Registros de actividad: -Por establecimiento y - consolidado del Servicio de Salud.

36 EINC.V: Fomentar la lactancia materna exclusiva hasta el 6° mes de vida.

37 Esta evaluación debe realizarse en los controles regulares.

38 Norma General Técnica N° 103, aprobada por Decreto Exento N° 424, de 2008 del MINSAL, Normas de manejo y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual

	confidencialidad.	diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda. son visitadas -citadas	asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento / N° de gestantes adolescentes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda x100	
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de mama	Mamografía a mujeres de 50 a 54 años AUGE	Incrementar 10% con respecto año anterior la cobertura r de mamografía en mujeres de 50 a 54 años	(N° de mujeres de 50 a 54 años con mamografía vigente/ N° total de mujeres de 50 a 54 años inscritas) x100	Rem-P 12
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino ³⁹	PAP cada tres años a mujeres de 25 a 64 años AUGE y EMPA	Alcanzar un 80% de cobertura de PAP cada tres años en mujeres de 25 a 64 años	(N° de mujeres de de 25 y 64 años con PAP vigente/ N° de mujeres de 25 a 64 años inscritas) x 100	Citoexpert REM – P 12
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y sus familias	Tratamiento integral a toda persona con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave, según Guía Clínica (GES)	100% Tratamiento integral a toda persona con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave.	(N° de personas con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave atendidas con tratamiento integral/ N° total de personas diagnosticadas) x 100	SIGGES REM 6 REM P6
	Derivación a especialidad a toda persona con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida.	100% de personas de 20 años y más, inscritas y diagnosticados con depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida derivadas ⁴⁰	(N° de personas de 20 años y más con depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida derivados/ Total de personas de 20 años y más con depresión psicótica, bipolar, refractaria o con alto riesgo suicida) x 100	
	Visita Domiciliaria Integral para completar evaluación diagnóstica por depresión y realizar intervención psicosocial familiar/ambiental cuando corresponda.	50% de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar.	(N° de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento que reciben VDI y/o Consejería familiar/ Total familias con miembro con Depresión ingresados a tratamiento) x 100	SIGGES REM P6 Registros propios
	Sesiones de psico-educación para comprensión de la enfermedad y fomento del apoyo terapéutico.	50% de familias con miembro con Depresión ingresado a tratamiento, reciben VDI y/o Consejería familiar	(N° de pacientes con Depresión ingresado a tratamiento que reciben VDI y/o Consejería familiar/ N° Total pacientes diagnosticados con Depresión ingresados a tratamiento)x 100	SIGGES REM P6 Registros propios

³⁹ Objetivo Sanitario: Reducción de la tasa de mortalidad estandarizada por cáncer de cuello uterino en un 40% al 2010

⁴⁰ Problema GES

	<p>Visita domiciliaria integral a las madres en tratamiento por depresión postparto para evaluar las condiciones familiares, sociales y del entorno, la existencia y uso de soporte social y redes de apoyo, la dinámica familiar, sus recursos y capacidades y apoyar la organización de ayuda práctica doméstica</p>	<p>100% de las madres inscritas que presentan depresión posparto reciben visita domiciliaria integral.</p>	<p>(N° de madres inscritas y con depresión postparto que reciben VDI/ N° Total de madres inscritas y con depresión postparto) *100</p>	<p>SIGGES REM P6</p>
	<p>Intervención Preventiva o Terapéutica según Guía Clínica a personas de 20 años y más que presentan consumo en riesgo de alcohol u otras drogas</p> <p>Consultoría al equipo de APS para cuidados compartidos por equipo especialidad</p>	<p>100 % de las personas inscritas de 20 años más detectados con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas, reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados según corresponda.</p>	<p>(N° de personas inscritas de 20 años y más detectadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas que reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados / N° total de personas inscritas de 20 años y más) x 100.</p>	<p>REM 06 REM P6 Registros locales</p>
	<p>Derivación a consulta médica a toda persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico.</p> <p>Consulta médica para confirmación de sospecha de primer episodio esquizofrenia a toda persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico</p> <p>Derivación a especialidad a toda persona con sospecha de primer episodio de esquizofrenia</p>	<p>100% a consulta médica derivación persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico.</p> <p>0% de personas inscritas entre 20 y 40 años en los que se sospeche primer episodio de esquizofrenia son derivadas a especialidad.</p>	<p>(N° personas inscritas entre 20 y 40 años con sospecha de primer episodio EQZ que son detectados y derivados/ Total personas inscritas entre 20 y 40 años) x 100</p>	<p>SIGGES REM 6 REM P6</p>
<p>Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos.</p>	<p>Controles kinésicos por patologías respiratorias crónicas en sala ERA.</p> <p>Control de urgencia a pacientes en crisis.</p>	<p>Aumentar en un 30% la cobertura a pacientes crónicos en atención kinésica en sala ERA</p> <p>Controlar al 100% de los pacientes en crisis respiratorias.</p>	<p>(N° de atenciones kinésicas en sala ERA/ N° total de consultas médicas de pacientes crónicos) x 100</p> <p>(N° de intervenciones en crisis respiratorias/ N° total de consultas de urgencia respiratorias en sala ERA) x 100</p>	<p>REM 23</p>

Área Estratégica: Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la cobertura de atención a pacientes	Visita domiciliaria de profesional kinesiólogo	Aumentar en 30% la cobertura de visitas a	(N° de visitas domiciliarias/ N° total de pacientes con enfermedades	REM 26

en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, avni, Asma, Fibrosis Quística, Epoc)	a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	respiratorias crónicas bajo control) x 100	
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------	--------------------------------------------	--

SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

La funcionalidad es el mejor indicador de salud de este grupo etareo, constituye una base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos que se realizarán en la mantención y/o recuperación de la funcionalidad, se traducirán de manera directa, en calidad de vida para la población mayor.

El modelo de abordaje del proceso de envejecimiento centrado en la funcionalidad, nos obliga hoy día a consolidar la atención del adulto mayor con una mirada de Integralidad, de Mayor resolutivez y de Satisfacción Usuaría. Junto con ello, se debe mejorar el nivel técnico de los recursos humanos, a través de la capacitación continua.

Los equipos deberán velar por el acceso expedito de los adultos mayores, adecuación de la oferta horaria, evitando tramitaciones que obstaculicen el acceso de este grupo etario, en otras palabras, que las personas mayores de 60 años realicen actividades que les permita retrasar las limitaciones del envejecimiento y puedan mantenerse autovalente.

Área Estratégica: Promoción

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Difundir a la comunidad alimentación saludable y ejercicio físico regular.	Reuniones con la comunidad o intersector.	20% de los adultos mayores inscritos realiza algún tipo de ejercicio y/o actividad física	(Nº de Adultos/as mayores que realiza ejercicio o actividad física/ Nº Total de AM inscritos)x 100 (Nº de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ Nº Total de AM bajo control)x 100 Nº de actividades realizadas con la comunidad.	Informe municipio REM 25
Promover que los AM participen en organizaciones sociales y comunitarias (OSC).	Detectar e invitar, motivar e incentivar a AM que se incorporen a actividades grupales, según sus intereses.	20% de los AM participan en OSC	(Nº de AM bajo control que participa en organizaciones sociales y comunitarias/ Nº Total de AM bajo control) x 100	REM

Área Prevención

Apoyar a las personas adultas mayores que presentan factores de riesgo que pueden alterar su funcionalidad

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar cobertura en AM con Examen Anual de Medicina Preventiva (EMPAM) respecto al año anterior.	Realización EMPAM.	> 5% de EMPAM respecto al año 2010	(Nº de AM bajo control con EMP al día/ Nº total de AM bajo control) x 100	REM
Realizar actividades de apoyo a AM identificados con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato.	Consulta de morbilidad con Aplicación de la Guía Clínica de Fragilidad para el diagnóstico, tratamiento y plan de seguimiento.	100% de AM detectados con riesgo de dependencia (según EFAM), carentes de redes o sospecha de maltrato con tratamiento y plan de seguimiento.	(Nº de AM bajo control con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato con tratamiento y plan de seguimiento/ Nº total de AM bajo control) x 100	REM

	Visita domiciliaria	100% de AM bajo control detectados con riesgo de dependencia (según EFAM), carentes de redes o sospecha de maltrato tienen visita domiciliaria	(N° de AM bajo control con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato con Visita Domiciliaria/ N° total de AM con riesgo de dependencia, carentes de redes de apoyo y/o sospecha de maltrato) x 100	
Detectar tempranamente AM en riesgo o que presentan una insuficiencia renal crónica (ERC).	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a AM en control de salud cardiovascular.	100% de las personas en PSCV con "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" aplicada.	(N° de AM en control en PSCV con "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" aplicada/ N° Total de AM bajo control en PSCV) x 100	Crear REM, con Registro PSCV
Realizar examen baciloscopia a AM sintomáticos respiratorios según norma.	Examen de baciloscopia a AM sintomáticos respiratorios identificados en cualquier atención en el establecimiento	100% AM bajo control incluidos los inmigrantes.	(N° de AM con baciloscopías realizadas/ N° total de AM bajo control sintomáticos respiratorios) x 100	Libro de registro de Sintomáticos Respiratorios
	Solicitar baciloscopia a los a SR identificados en las consultas de morbilidad, control sano, consulta maternal y consulta crónicos del consultorio.	100% de los SR. Identificados	N° de BK solicitadas y realizadas.	Libro de registro de Sintomáticos Respiratorios
	Realizar visitas a hogares y clubes de AM y realizar baciloscopia a todos los sintomáticos respiratorios de más de 15 días identificados.	Visita al 100% de los hogares y clubes de AM identificados. 100% de los AM SR identificados se les realiza baciloscopia.	(N° de hogares y clubes de AM visitados/ N° total de hogares y clubes de AM identificados) x 100 (N° de baciloscopías realizadas a AM S.R. de más de 15 días en los Hogares y Clubes/ N° total de AM S.R. detectados visitas) x 100	Libro de seguimiento de Sintomáticos respiratorios
	Solicitar baciloscopia a los a AM SR identificados que consultan en Salas ERA.	100% de los AM SR. Identificados en salas ERA se les realiza baciloscopia.	N° de baciloscopías realizadas a AM SR en salas ERA/ N° total de AM SR diagnosticados en salas ERA) x 100	Libro de seguimiento de Sintomáticos respiratorios Registro de la Salas ERA
Aumentar cobertura a los 65 años de edad que reciben vacuna neumocócica polisacárida	Administración de una dosis de vacuna neumocócica polisacárida a los 65 años de edad	Cobertura comunal de vacunación no inferior a 90%	(N° de personas de 65 años vacunadas/ N° Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM 13 REM 13
Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que reciben PACAM	Citación a domicilio para entrega de alimentos Pacam. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto a si mismo de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	(N° de personas mayores de 70 años que reciben PACAM/ N° total de personas mayores de 70 años bajo control) x 100	REM

Área Estratégica: Tratamiento

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar el número de personas dependientes que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	Organizar grupos de AM dependientes (Parkinson, ACV, ciegos) para realizar actividades de rehabilitación.	30%	(N° de AM dependientes integrados a grupos de rehabilitación/ N° total de AM bajo control dependientes) x 100	REM
Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes y con demencia que están capacitadas y reciben apoyo.	Actividades grupales de capacitación y apoyo para cuidadores.	60%	(N° de de personas cuidadoras capacitadas en grupos en la comunidad/ N° total de AM dependientes y con demencia con cuidadora) x 100	REM
Mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas bajo control en el PSCV que presentan úlceras activas, retinopatía diabética	Evaluación del pie de personas diabéticas a los 3 meses del ingreso al PSCV. Manejo avanzado de úlceras activas en personas diabéticas (disminuye el tiempo de cicatrización, el número de curaciones, el tiempo de cambio de apósitos y las horas de recursos humanos) Examen de Fondo de ojo a los 3 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	100% de AM diabéticos ingresados a PSCV con evaluación de condiciones de los pies. 90% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas. Al 100% de las personas diabéticas ingresadas al PSCV se les ha realizado fondo de ojos por oftalmólogo a los 3 meses del ingreso en el nivel primario y secundario de atención.	(N° de AM diabéticas bajo control en el PSCV con evaluación/ N° Total de AM bajo control en PSCV) x 100 (N° de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ N° total de AM diabéticas bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie) x 100 (N° de AM diabéticas ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 3 meses/ N° total de AM bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	REM P04; Sección C. QUALIDIAB-Chile REM P04; Sección B QUALIDIAB-Chile
Aumentar el número de AM que recibe tratamiento en Atención Primaria por artrosis leve y moderada de rodilla y cadera.	Tratamiento médico del dolor por artrosis.	100%	(N° de AM con artrosis en tratamiento del dolor/ N° total de AM bajo control con diagnóstico de artrosis) x 100	REM
	Ejercicios kinésicos en grupo	100%	N° de AM con artrosis que realizan ejercicios kinésicos/ N° total de AM bajo control con diagnóstico de artrosis) x 100	REM
Aumentar el número de AM que recibe tratamiento por Depresión.	Control de salud: Diagnóstico, tratamiento y seguimiento, de acuerdo a Guía Clínica de Depresión.	100%	(N° de AM con diagnóstico de depresión ingresados a tratamiento/ N° total de AM bajo control) x 100	SIGES REM
	Visita domiciliaria y Consejería familiar	100%	(N° de AM en tratamiento por depresión con visita domiciliaria/ N° total de AM con diagnóstico de depresión) x 100	
Brindar atención integral y oportuna AM y sus familias, con problemas y trastornos de salud mental.	Intervención Preventiva o Terapéutica según Guía Clínica a AM y sus familias, que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas. Consultoría al equipo de APS para cuidados compartidos con equipo especialidad.	100 % de AM bajo control con consumo o en riesgo de consumir alcohol u otras drogas, reciben intervención terapéutica o preventiva, o son derivados según corresponda a protocolo.	(N° de AM detectados con consumo o en riesgo de consumir alcohol u otras drogas que reciben intervención terapéutica o preventiva o son derivados/ N° total de adultos mayores inscritos) x 100	REM 06 REM P6

Aumentar el número de altas inactivas en las cohortes de Tratamiento (85 %).	Estudio de Contacto de casos Índices con bacteriología positiva (baciloscopia o cultivo).	100% de los contactos estudiados censados.	(N° de contactos estudiados / N° de contactos censados) x100	Informe de evaluación del programa
	Aplicar Score de Riesgo y medidas para prevenir el abandono en el tratamiento de personas con TBC.	100% de los pacientes con identificación del Score de Riesgo TBC.	(N° de pacientes con score de riesgo/ N° total de pacientes ingresados a tratamiento TBC) x 100	Tarjeta de tratamiento
	Control mensual por medico de los casos en tratamiento según norma técnica.	100% de los pacientes con control mensual por medico	(N° de pacientes con controles médicos mensual registrado en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente/ N° total de pacientes en control de TBC) x 100	Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.
	3 consultas por enfermeras: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento, según norma técnica.	100% de los pacientes con 3 consultas por enfermera al: ingreso, cambio de fase de tratamiento y alta de tratamiento, según norma técnica	(N° de pacientes con 3 visitas de enfermera registrada en tarjeta de tratamiento y ficha clínica del paciente.)/ N° total de pacientes al alta de TBC) x 100	Ficha clínica Tarjeta de tratamiento.
Disminuir tasa de abandono menor al 5% TBC	Visita domiciliar de rescate del paciente que abandona tratamiento, realizada por enfermera.	100% de los pacientes que abandonan tratamiento con visita domiciliar por enfermera	(N° de visitas de rescate por enfermera / N° Total de abandonos) x 100.	Tarjeta de Tratamiento
	Realizar auditoria de Abandono a todos los casos que abandonan tratamiento.	100% de los abandonos con auditoria realizada	(N° de auditorias de abandono realizadas/ N° total de abandonos)x 100	Informe de Auditorias de abandono enviadas al PTBC - MINSAL.
Disminuir la tasa de mortalidad menor de 3% en cohorte TBC	Realizar auditoria de muertes a todos los casos que mueren durante el tratamiento de TBC.	Auditoria al 100% de los casos fallecidos.	(N° de auditorias de muertes/ N° total de casos fallecidos durante el tratamiento TBC) x 100	Informe de Auditorias de Muerte enviadas al PCTB MINSAL.

6.2 Programación Hospitalaria: Atención Cerrada y Ambulatoria de Especialidad

Resulta fundamental desde los CIRA (Consejos de integración de la red), fortalecer en la atención cerrada y ambulatoria los siguientes ámbitos:

Revisar y validar los mecanismos de coordinación del proceso de referencia contrarreferencia entre la atención cerrada y ambulatoria.

Difundir las Guías Clínicas, levantar flujogramas y redes locales, cerrar brechas de recursos, mejorar el registro de la información y dimensionar la demanda más compleja a las macroredes, a objeto de asegurar el adecuado cumplimiento de la atención en las garantías

explícitas y en el régimen general de garantías.

Mejorar la gestión de la demanda de atención especializada, procurando una oportuna y fluida información entre establecimientos. Se requiere que la solicitud de atención sea oportuna y completa, tanto para los problemas de las garantías explícitas y en el régimen general de garantías y de la implementación de mecanismos como la asignación de responsables de la regulación en red de la demanda (priorización, tamizaje, normas de derivación, orientación, etc.), que permitan adecuar la entrega de cupos oportunamente.

La información sobre el origen de la demanda, así como la demanda por establecimiento y por especialidad, y la tendencia creciente o decreciente de las listas de espera se constituyen en un gran valor para la programación, tanto en el corto como en el mediano plazo.

Avanzar en la ambulatorización de la atención, lo que implica favorecer el estudio de pacientes en forma ambulatoria, incrementando la proporción de horas médicas asignadas a esta atención e incrementar la proporción de cirugías mayores resueltas en forma ambulatoria.

Mejorar la gestión de camas, avanzando en la implementación del sistema de atención progresiva, organizando las camas en unidades según complejidad e intensidad de los cuidados (riesgo-dependencia del paciente), predominando estos criterios por sobre la diferenciación de camas por especialidad. Con este objeto se utiliza la categorización de pacientes por riesgo dependencia.

Asegurar a los pacientes hospitalizados un profesional de cabecera que coordine la atención e información para el paciente, sus familiares y el equipo de salud de atención primaria. Esta es una medida que mejora la calidad y eficiencia de la atención.

Consolidar las estrategias de atención de urgencia: conformación de la red local de urgencia en cada Servicio de Salud que se coordina planificadamente; priorización de la atención en las UEH a través de la categorización de los consultantes; orientación a los beneficiarios poli consultantes y consultantes habituales de las UEH a inscribirse y recurrir a los consultorios de APS para una atención integral.

ORIENTACION A RESULTADOS EN ATENCIÓN CERRADA

En función de los objetivos sanitarios y metas fijados en la planificación estratégica de cada Red Asistencial, se deberá diseñar indicadores que permitan monitorear sus resultados. Al menos se deberá vigilar los siguientes aspectos:

- % de personas en lista de espera por más de 120 días
- % de garantías explícitas cumplidas en el establecimiento
- % de cesáreas
- Indicadores de infecciones intra - hospitalarias
- % de estadías prolongadas
- Letalidad
- % de cirugías mayores realizadas en forma ambulatoria

- % de reclamos con respuesta oportuna
- % altas por especialidades trazadoras (ambulatorio)
- % de camas indiferenciadas
- Disminuir la hospitalización de pacientes categorizados en el grupo D2 y D3 de riesgo dependencia

ETAPAS DEL PROCESO DE PROGRAMACION

A nivel de cada establecimiento y equipo de trabajo, las etapas del proceso de programación son:

1. De conocimiento del contexto que incluye:

- Dar a conocer a los equipos clínicos los objetivos y orientaciones 2011 como Red Asistencial.
- Socializar con los clínicos de atención cerrada el diagnóstico de salud del área territorial atendida.
- Definir la cartera de servicios (prestaciones) que realiza cada una de las unidades o centros de responsabilidad.
- Precisar los problemas de salud bajo el régimen de garantías explícitas y garantías generales (prestaciones valoradas) que corresponderá atender a cada unidad o centro de responsabilidad.
- Revisar y evaluar la producción de actividades o prestaciones del año precedente en cantidad y calidad, por cada unidad, así como las brechas de atención, expresadas en las listas de espera correspondientes

2. Estimación de la demanda de atención 2011, según origen

Se entiende por “demanda expresada” el total de las solicitudes de atención derivadas a la atención especializada desglosadas según origen, la que incluye el total de derivaciones generadas en atención primaria, hayan sido satisfechas o no.

En caso de no contar aun con información suficiente, se sugiere calcular la demanda en base a lo realizado el año anterior, la lista de espera y el incremento poblacional anual.

Para los problemas AUGÉ, la demanda se calculará en base a la incidencia y/o prevalencia del problema en la población a atender.

2.1. Cálculo de actividades o prestaciones

Son necesarias para la satisfacción de la demanda expresada (demanda potencial o corregida de prestaciones).

Para resolver a demanda de atención cada centro de responsabilidad o unidad identifica tipo y número de actividades posibles de realizar, contrasta con la demanda expresada a objeto de determinar la brecha existente.

2.2. Los coeficientes técnicos

Son la expresión de la proporcionalidad con que se combinan las actividades para la

resolución de una demanda de atención. Esta proporcionalidad o concentración de actividades se puede estimar de lo observado, tomando la proporcionalidad que se observó en los periodos precedentes (por ejemplo, por cada caso que accede al consultorio de especialidades, se producen en promedio “n” consultas, “n” procedimientos, “n” cirugías ambulatorias). No obstante los coeficientes así obtenidos deben ser analizados críticamente. En el caso de los problemas de salud AUGE y aquellos que tienen guías clínicas, las actividades a realizar por problema de salud, en cuanto a cantidad y calidad están definidas en dichas guías.

Como mínimo deben calcularse por centro de responsabilidad y especialidad los siguientes coeficientes técnicos:

- ● N° de Controles anuales por cada consulta nueva de especialidad
- ● N° de Procedimientos ambulatorios por cada consulta nueva de especialidad
- N° de Intervenciones quirúrgicas ambulatorias por cada consulta nueva de especialidad quirúrgica
- ● N° de altas por cada consulta médica de especialidad
- ● N° Promedio de días cama por egreso
- ● N° Promedio de días cama UCI y UTI por egreso
- ● N° de Procedimientos hospitalarios por egreso
- ● N° de Intervenciones quirúrgicas por egreso

2.3. Cálculo de Recursos Necesarios

Mediante la determinación de los recursos requeridos para realizar una actividad y la aplicación de rendimientos y/o grado de uso estandarizados, se cuantifican los recursos necesarios para la satisfacción de la demanda expresada.

En el método de programación sanitaria los recursos necesarios para la realización de una actividad se combinan en una determinada proporcionalidad o “instrumento”, entre ellos se distingue un recurso principal o recurso nuclear que da nombre al instrumento y es el recurso que calculamos en primer término, por ejemplo para la realización de la consulta de especialidad el instrumento se llama “hora médica especialista”, no obstante el instrumento incluye una proporción de tiempo de otro personal (enfermera, técnico paramédico, auxiliar), una proporción de insumos, y de equipos, etc.

Una parte importante del cálculo de recursos, es el cálculo de los recursos financieros para bienes y servicios (costo de los fármacos y otros insumos que varían en dependencia del volumen de prestaciones a realizar).

En el caso de los problemas de salud priorizados (GES) y sus correspondientes actividades protocolizadas, es necesario hacer la estimación de recursos, teniendo en consideración que ellos se comporten en la resolución de problemas con garantías explícitas y régimen general de garantías.

2.4. Determinación de la oferta de recursos

Cada centro de responsabilidad o unidad identifica los principales recursos humanos, tecnológicos e insumos con los que cuenta para realizar su cartera de servicios.

Para el cálculo de horas médicas (recurso crítico), se definió un 80% de las horas contratadas. Este % se obtiene de restar a las horas contratadas, los días festivos, el feriado legal, una estimación promedio de permisos médicos y administrativos, con lo cual se obtiene el tiempo laborable. Además se resta al tiempo laborable, tiempo para realizar lo que se denomina “actividad indirecta” y que incluye toda actividad necesaria y autorizada por las jefaturas para reuniones clínicas, actividades administrativas, capacitación, docencia e investigación. Si bien estos porcentajes pueden flexibilizarse se debe tener presente que una mayor carga de actividad indirecta reducirá el tiempo disponible para la atención de pacientes.

2.5. Balance Recursos y Determinación de Brechas

Para la satisfacción de la demanda expresada, según la fórmula: total recursos disponibles – recursos necesarios (R. Disponibles – R. Necesarios), el resultado puede ser un balance ajustado o una brecha que se expresa como recursos faltantes o excedentes. Este balance se realizará a nivel de cada centro de responsabilidad o unidad operativa (incluyendo atención abierta y cerrada) y se sugiere sea revisada por la fuerza de tarea encargada del proceso para proponer los ajustes necesarios. Las brechas se pueden calcular también a nivel de la demanda y oferta de atención, como se hace al principio del proceso de programación, o a nivel de demanda oferta de prestaciones.

2.6. Análisis de las Brechas

En el marco de los objetivos y orientaciones de la Red, las brechas se consolidarán a nivel de establecimiento. Si no es posible resolver las brechas a nivel de equipo clínico ni de establecimiento, serán comunicados para ser analizados y resueltos (cierre de brechas) a nivel del CIRA. En el caso de los problemas de salud garantizados (GES), las brechas que no sea factible cerrar en la red ni en la macrored, deberán ser comunicadas oportunamente al Directorio de Gestión de Compra para su resolución.

2.7. Formulación del programa y presupuesto anual por establecimiento

Producto del análisis y discusión de alternativas de solución en el CIRA se puede llegar a acuerdos –Plan de ajuste- que impliquen modificar el perfil actual de producción y cartera de servicios en uno o varios o establecimientos para ajustarlo a la demanda y al presupuesto con que se cuenta como red.

2.8. Implementación de la programación anual

En esta etapa se realiza monitoreo permanente del cumplimiento y los ajustes necesarios.

2.9. Evaluación de la Programación Anual

Durante el último cuatrimestre de cada año se realiza la evaluación de cumplimientos de la programación anual que a la vez servirá de diagnóstico de actividad de la red para el periodo

siguiente.

No menos importante es comunicar a otros centros de responsabilidad de apoyo la presunción de actividades finales programadas para el año, de manera que estos puedan programar también la producción de sus actividades de apoyo (exámenes de laboratorio, imagenología, anatomía patológica).

Intervenciones Sugeridas para el Ajuste de la Programación

Dependiendo de la situación y de las causas por las que se producen los desbalances, los encargados de la programación pueden proponer diferentes intervenciones para el cierre de las brechas, ello a través del manejo la oferta, la demanda o ambas:

Intervenciones sobre la oferta	Intervenciones sobre la demanda
Cambiar la estrategia de intervención Cambiar la composición del instrumento o delegar en otro recurso Modificar los rendimientos Trasladar o reconvertir recursos dentro de la red Aumentar los recursos a expensas de un incremento de presupuesto Asociarse a otra red para derivar	Mejorar la pertinencia de la demanda Focalizar por riesgo Disminuir concentración de actividades Utilizar métodos de tamizaje, selección u orientación de la demanda Capacitación gestionada

Una vez sancionada la programación y el presupuesto de cada establecimiento por el Gestor de Red, sus metas de producción se constituyen en compromiso para con la Red. Los equipos técnicos de la Dirección de Servicio realizarán el monitoreo de su cumplimiento y rendirán cuenta periódica en el CIRA.

Es conveniente evaluar el cumplimiento de metas a mediados de año para introducir las modificaciones necesarias e iniciar la preparación del siguiente periodo de programación, teniendo en cuenta que el Subsecretario de Redes Asistenciales, mediante resolución, aprobará los presupuestos de los Establecimientos Autogestionados y el del Servicio, a más tardar el 15 de Diciembre de cada año, o el siguiente día hábil, si el 15 fuera feriado, sobre la base del presupuesto aprobado al Servicio de Salud correspondiente y de las instrucciones que imparta la Dirección de Presupuestos. Dicha resolución deberá, además, ser visada por la Dirección de Presupuestos.

Si vencido el plazo el Subsecretario no hubiera dictado la resolución, el presupuesto presentado por el Director se entenderá aprobado por el solo ministerio de la Ley.

Tabla de Anexos

N° 1: SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA, CHILE CRECE CONTIGO.....	94
N° 2: VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	101
N° 3: MARCO JURIDICO DEL SECTOR SALUD	103
N° 4: ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN DE MEDICAMENTOS	107
N° 5: REHABILITACIÓN	109
N° 6: PUEBLOS INDÍGENAS	119

ANEXO N°1:

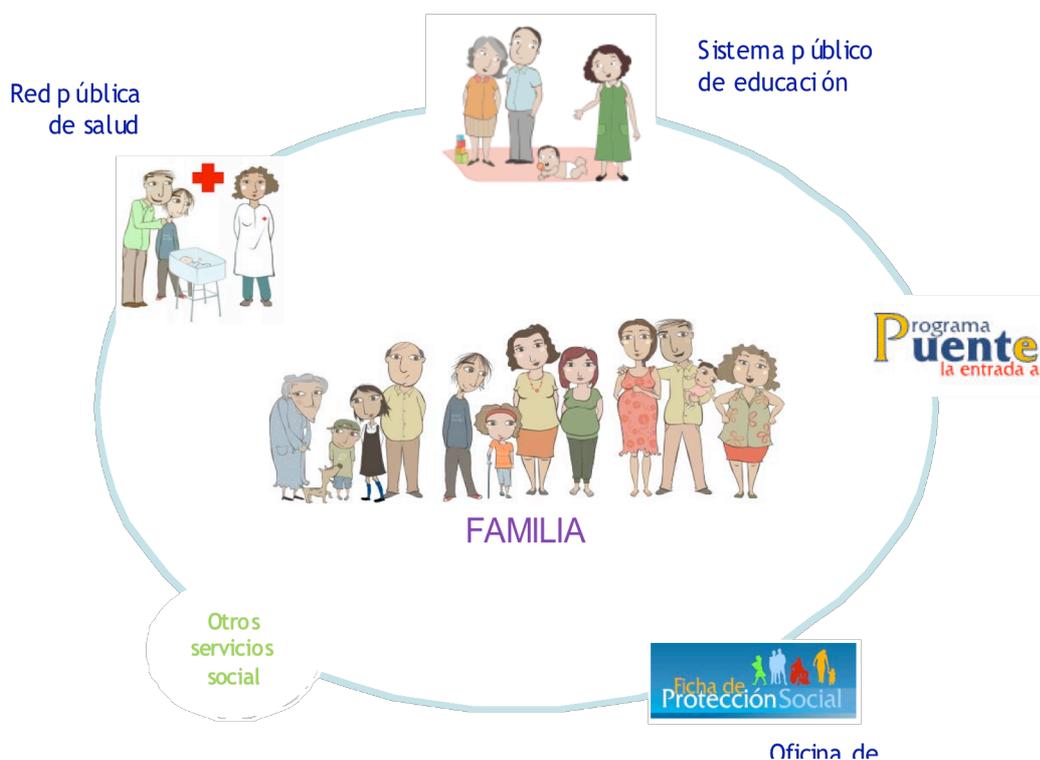
Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo

La primera infancia es el periodo que va desde la gestación hasta los cuatro años de vida, este corresponde a una de las etapas más decisivas en la vida de un ser humano, ya que en ella se sientan las bases de las capacidades cognitivas, sociales y afectivas centrales que prepararan a un niño o una niña para la vida en sociedad.

El Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo (ChCC) constituye uno de los pilares del Sistema Intersectorial de Protección Social a través de todo el ciclo vital, que será reconocido como el sello del cambio impulsado por el actual gobierno en la definición e implementación de políticas sociales.

Chile Crece Contigo (ChCC) tiene por objeto ofrecer un sistema integrado de intervenciones y servicios sociales dirigidos a igualar las oportunidades de desarrollo de niños, niñas en sus familias y comunidades. Ha sido definido como una “red integrada de servicios que opera en el territorio municipal” (Fig. 1), en la que cada sector de políticas sociales pone a disposición del sistema su oferta programática en materia de primera infancia. Chile Crece Contigo es una Red intersectorial que busca la articulación e integración de los servicios a favor del desarrollo infantil con el objeto de responder oportuna y pertinentemente a las necesidades de cada niño, niña y su familia.

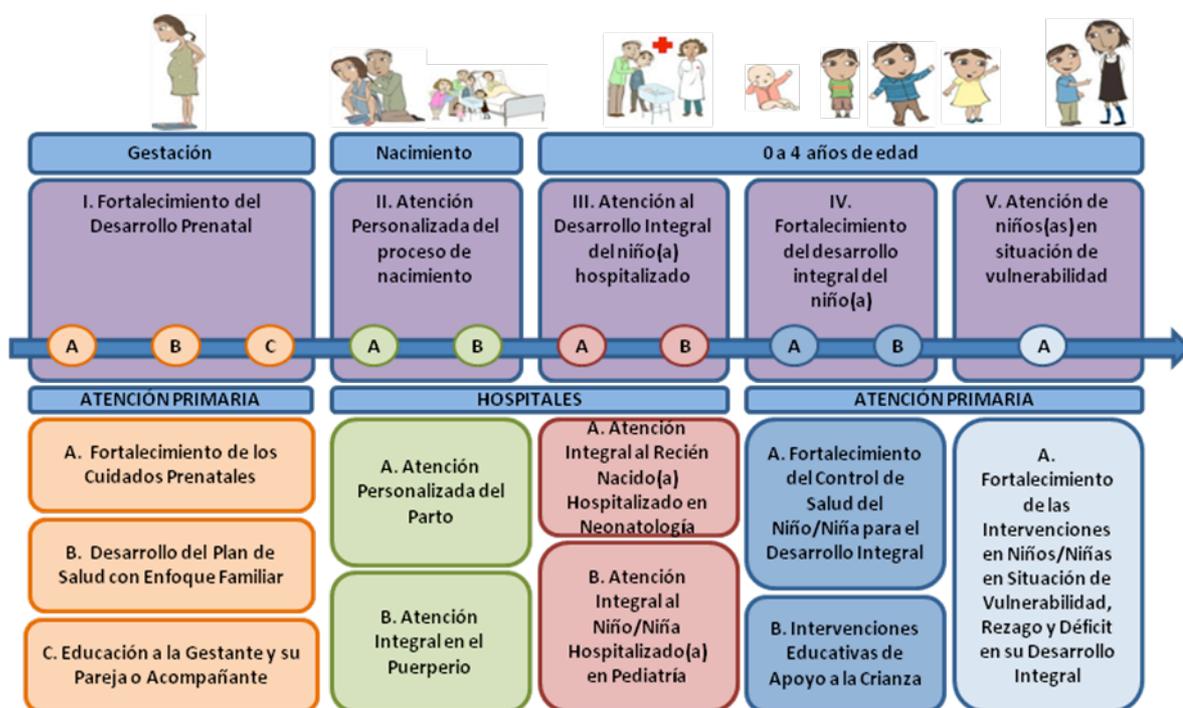
Chile Crece Contigo: una red integrada de servicios sociales



Actualmente el Sistema se encuentra operando en todo el país, ofreciendo seguimiento y apoyo a la trayectoria del desarrollo infantil desde el primer control de embarazo, mediante prestaciones universales y diferenciadas en función de las necesidades de cada familia.

El Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-psicosocial (PADBP)⁴¹ o componente de salud del sistema, pone al servicio de las redes de salud, los estándares para una atención integral de los niños, niñas, sus familias y comunidades, con el objeto de alcanzar el máximo potencial de desarrollo. El conjunto de prestaciones que ofrece el programa se fundamenta en la mejor evidencia científica internacional, la experiencia de los equipos de salud de todo el país y en las recomendaciones generales para el desarrollo en lo local del Sistema de Protección Integral a la Primera Infancia, Chile Crece Contigo.

Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-psicosocial



El Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-psicosocial (PADBP), integra la atención de salud desde el nivel primario al terciario mediante intervenciones psicosociales entrelazadas y

⁴¹ Más información, puede encontrar en el Catalogo del PADBP, que forma parte del Convenio de Transferencia de Recursos entre el Ministerio de Planificación, Ministerio de Salud y el Fondo Nacional de Salud, Sistema de Protección Integral a la Infancia "Chile Crece Contigo, Programa de Apoyo al Desarrollo Bio-Psicosocial, aprobado por el Decreto Supremo N° 103 del 3/07/2007.

formando parte de la RED DE PROTECCION a favor de la primera infancia, basada en la gestión local y que asume al desarrollo infantil temprano como el resultado de las múltiples dimensiones en las que crece y se desarrollan los niños, niñas y sus familias.

Las actividades del PADBP incluyen algunas que históricamente el sector salud ha realizado en la atención de mujeres gestantes y niños/as durante sus primeros 4 años, cuando la vigilancia epidemiológica estaba centrada en variables de biomédicas. Las principales innovaciones del componente de salud de ChCC es incrementar la detección de factores de riesgo psicosocial que podrían afectar la salud y el desarrollo de un niño o una niña en sus primeros años de vida. Al mismo tiempo se enfatiza el seguimiento al desarrollo (motor, lenguaje, social y emocional) normal, muy especialmente el emocional y social y facilitar el acceso de niños, niñas y familias a los servicios necesarios para disminuir los riesgos y para recuperar los rezagos y retrasos.

Para los equipos de salud la instalación del PADBP implica avanzar en la aterialización de los principios básicos de la reforma de salud, con un fuerte énfasis en la equidad a partir del modelo de Salud Familiar y Comunitario. La implementación de este programa inyecta recursos frescos orientados a alcanzar los estándares planteados y al mismo tiempo genera mecanismos de seguimiento del logro de las múltiples intervenciones a través de los convenios establecidos entre los Ministerios de Salud y Planificación, los Servicios de Salud y los Municipios.

ANEXO N° 2:

Vigilancia en Salud Pública

En el siglo XXI, el fenómeno de la globalización ha sido preponderante en la aparición de enfermedades infecciosas emergentes y re emergentes con potencial epidémico y con posibilidad de causar graves consecuencias a la salud pública.

El Decreto Supremo N° 158, de 2004, del Ministerio de Salud, que aprueba el Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles de Declaración Obligatoria, establece en su artículo 6°, que en el caso de los establecimientos de salud, la responsabilidad de la notificación recae en su Director. Sin embargo, esta función puede ser asumida por otro funcionario designado por él, a quien nuestro Modelo de Vigilancia en Salud Pública elaborado en 1999, lo denomina como Delegado de Epidemiología en la red de establecimientos de salud. Esta figura y sus funciones están establecidas en la Norma Técnica N° 55 sobre “Vigilancia de Enfermedades Transmisibles”⁴²

Con la promulgación del Reglamento Sanitario Internacional – RSI 2005⁴³, se establece la incorporación de los “Eventos de Salud Pública de Importancia Internacional” (ESPII), los que suponen riesgo de propagación internacional, como lo es una potencial pandemia de influenza u otro evento.

En el Nivel Local, para cumplir con este requerimiento, se requiere la detección oportuna de eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados, comunicar de inmediato toda la información esencial disponible y aplicar acciones de control, funciones que debe asumir el Delegado de Epidemiología en cada uno de los establecimientos de salud, en coordinación con la Autoridad Sanitaria Regional.

Las funciones específicas del Delegado de Epidemiología a Nivel Local, profesional que será el **vínculo oficial de comunicación entre el establecimiento y la SEREMI de Salud**, serán las siguientes⁴⁴:

- i. Enviar los Boletines de Enfermedades de Notificación Obligatoria (ENO) en forma diaria o semanal y los formularios de notificación inmediata a la Unidad de Epidemiología de la SEREMI de Salud. En aquellas regiones donde se está desarrollando el proyecto SIVEP⁴⁵, deberá además, ingresar las notificaciones en dicho software.

⁴² Resolución Exenta N° 2323, de 30/11/2000, del Ministerio de Salud.

⁴³ Decreto Supremo N° 230, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores (D.O.23/12/2008).

⁴⁴ Circular N° 51B/22 del 4/06/2009, Ministerio de Salud.

⁴⁵ SIVEP: Sistema de Información de Vigilancia de las Personas.

- ii. Integrar y validar la información generada en su establecimiento.
- iii. Supervisar la calidad de la información proveniente del personal asistencial y del laboratorio de su establecimiento.
- iv. Informar de situaciones anormales en los establecimientos.
- v. Ejecutar acciones iniciales de investigación y bloqueo epidemiológico en enfermedades bajo vigilancia⁶ correspondiente al área de su jurisdicción, en especial en zonas extremas.
- vi. Colaborar con el nivel regional en la investigación y control de brotes, correspondiente al área de su jurisdicción.
- vii. Colaborar en las acciones necesarias que permitan el funcionamiento del establecimiento como centros centinela u otros, incluyendo la notificación semanal de casos y la supervisión de la toma de muestras biológicas, cuando así lo determine el Nivel Regional o Central.
- viii. Realizar actividades conjuntas con el equipo de Epidemiología y Acción Sanitaria Regional para el cumplimiento de los objetivos de la vigilancia correspondiente al área de su jurisdicción⁴⁶.
- ix. Detectar oportunamente eventos que supongan niveles de morbilidad o mortalidad superiores a los previstos para un tiempo y lugar determinados, comunicando de inmediato a la Autoridad Sanitaria Regional toda la información esencial disponible.
- x. Difundir al equipo de salud del establecimiento, boletines, normativas, alertas e informes generados en el ámbito de la vigilancia en salud pública en el nivel regional y nacional.

Para cumplir con estas funciones, los Directores de los establecimientos de la Red, deben designar o ratificar al Delegado de Epidemiología⁴⁷, mediante la Resolución correspondiente. Si estas funciones no pueden desarrollarse en la jornada habitual de trabajo, se recomienda asignar dos o más horas extraordinarias en forma diaria para su cumplimiento, dependiendo de la complejidad del establecimiento.

⁴⁶ Puede incluir visita epidemiológica; entrevista a casos, contactos y expuestos; toma de muestras; aplicación de quimioprofilaxis; búsqueda activa de casos y educación a grupos de riesgo, entre otros, correspondiente al área de su jurisdicción, en especial en zonas extremas.

⁴⁷ Las funciones del Delegado de Epidemiología fueron ratificadas por la Circular N° 51B/22 del 4/06/2009, Ministerio de Salud.

ANEXO N° 3:

Marco Jurídico General Vigente del Sector Salud

a. Definición:

Marco Jurídico es el conjunto de normas y disposiciones de distinto rango que sirven de fundamento a las políticas, programas y acciones que se llevan a cabo en esta materia. En orden descendente de importancia son la Constitución Política de la República, las leyes y decretos con fuerza de ley, reglamentos y decretos. Según la naturaleza que tenga una norma específica, debe ajustarse a las que preceden en la escala señalada. Además, en el orden interno del sector salud, hay resoluciones y oficios circulares de orden obligatorio.

b. Marco Global de las Políticas de Salud

El marco global respecto a la salud está dado por la Constitución Política de la República de Chile del año 2005, la cual explicita en su artículo “9°.q El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud.

Es deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá el derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado;”

c. Marco específico de las Políticas de Salud

Las normas fundamentales que regulan el sector salud son:

- **Código Sanitario**, aprobado por DFL N° 725 de 1967, del Ministerio de Salud. Trata las materias relacionadas con la salud pública del país y de sus habitantes.
- **Decreto con Fuerza de Ley N° 1 de 2005**, del Ministerio de Salud, Ley Orgánica de los organismos que configuran el sector: Ministerio de Salud, Servicios de Salud, Fondo Nacional de Salud, Instituto de Salud Pública de Chile, Central de Abastecimiento del Sistema, Superintendencia de Salud. Además contiene las disposiciones de la ley N° 18.496 que Regula el Ejercicio del Derecho Constitucional a la Protección de la Salud y crea un Régimen de Prestaciones de Salud.

Principalmente da coherencia a las distintas leyes que han modificado la organización del MINSAL y sus órganos descentralizados y desconcentrados, y fija los roles del MINSAL, del Sistema de Servicios de Salud y sus establecimientos, así como las de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud en lo relativo a los aspectos normativos, supervisión, evaluación y seguimiento de las normas, planes y programas emanadas del MINSAL y del

Código Sanitario.

La colección ordenada de reglas o preceptos, procurada por la autoridad sanitaria para la ejecución del Decreto con Fuerza de Ley N° 1, está dada por los siguientes Reglamentos:

- **Reglamento del Ministerio de Salud**, Decreto N° 136/04 Publicado Diario Oficial el 21/04/2005 y su modificación Decreto N° 67/08. Define la naturaleza y alcance del MINSAL, sus funciones, la organización y atribuciones. Asimismo, indica respecto a las Secretarías regionales Ministeriales de Salud, su naturaleza jurídica y objeto, sus funciones y organización.
- **Reglamento de los Servicios de Salud**, Decreto N° 140 de 2004, publicado en Diario Oficial de 21 de abril de 2004 y modificaciones Decreto 75/05, D.O. 21.10.06. Define naturaleza y alcance de los mismos, su organización, estructura y funciones. Asimismo, indica roles y funciones en relación a la Atención Primaria de Salud; incorpora disposiciones sobre gestión financiera y acciones referidas a los establecimientos de salud.
- **Ley 19.378, de 1995**, Establece Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal y sus respectivos reglamentos de la Carrera Funcionaria, Decreto N° 1889 de 1995, y reglamento General, Decreto N° 2296 de 1995.
- **Ley 19.813 de 2002**, crea asignación por cumplimiento de metas colectivas en Atención Primaria, reglamentada por el Decreto N° 324 del 2003.
- **Ley 20.157 de 2007**, crea incentivos para las funcionarios de la Atención Primaria y modifica las Leyes 19.813, reglamentada por el Decreto N° 47 de septiembre 2007.
- **Ley 20.250 de 2008**, y su reglamento Decreto N° 61 de octubre 2008, crea incentivos a funcionarios y prolonga incentivo al retiro de funcionarios de la Atención Primaria.

Respecto a la Atención Primaria de Salud Municipal:

- Fija el Rol del MINSAL y de los Servicios de Salud respecto de los aspectos normativos, de seguimiento y evaluación del financiamiento de la cartera de oferta programática y de cumplimiento de metas (Arts. 49, 58, 59 y 60).
- Art. 49: Financiamiento fiscal y condiciones para fijarlo y ajustarlo (incremento o re liquidación según sea el caso). El financiamiento dependerá de la población potencialmente beneficiaria, características socioeconómicas y epidemiológicas de la población, características territoriales (ruralidad y dificultades de acceso), incluyéndose la oferta programada y la efectivamente realizada.
- Art. 56: Establece la obligación de los establecimientos de dar cumplimiento a las normas, técnicas, planes y programas que el Ministerio imparta en diferentes materias atingentes, También fija la responsabilidad de las entidades administradoras de establecer la estructura organizacional de sus establecimientos de APS y de la propia unidad

encargada de salud, basándose en el Plan Comunal y el Modelo de Atención definido por el Ministerio

- Art. 58: Establece la generación de Programa Anual de Salud aprobado por el Concejo Municipal y revisado por el respectivo Servicio de Salud para determinar si se ajusta a Orientaciones enviadas por MINSAL (a más tardar el 10 de septiembre del año previo a su ejecución). Observaciones tienen que ser aprobadas o rechazadas por el Concejo Municipal. Se fijan además las condiciones de resolución de discrepancias.
- Art. 60: Los Servicios de Salud deben supervisar el cumplimiento de las normas técnicas que deben aplicarse a los establecimientos municipales de atención primaria y del programa de salud municipal

d. Marco específico de las Políticas de Salud

- Decreto N° 680 de septiembre 1990 del Ministerio del Interior, publicado en diario oficial el 16/10/1990, señala que toda repartición pública debe contar con una Oficina de Informaciones OIRS. Entre las reparticiones están: Ministerios, Gobernaciones, Empresas Públicas. Dichas OIRS. Debe facilitar la atención de todo público que realice gestiones en las entidades públicas, ya sea en el ejercicio de sus derechos o en el oportuno cumplimiento de sus deberes garantizando la oportunidad de accesos y sin discriminación.
- Resolución Exenta N° 1167 de 1994, del MINSAL, Aprueba Norma General Técnica N° 3 Sobre Regulación del Funcionamiento de los Comités de Farmacia y Terapéutica de los Servicios de Salud Para la Atención Primaria
- Reglamento sobre Notificación de Enfermedades Transmisibles, Decreto Supremo N°158 de 2004, del MINSAL.
- Resolución exenta N° 60 de 2007, del MINSAL, Normas de carácter técnico médico y administrativo para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud de la Ley 19.966, modificada por resolución exenta N° 296 de 2007, Ministerio de Salud.
- Decreto N° 44/07, modificado por Dto. 69/07, Normas del MINSAL que aprueban las Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías en Salud.
- Decreto N° 34 de 08/06/09; MINSAL publicada en diario oficial de 13/07/09 aprueba Normas Técnico Médico Administrativas para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud según ley N° 19.966 Decreto Supremo N° 194, MINSAL de 26/08/05 publicada en diario oficial de 13/03/06 aprueba Formulario Nacional de Medicamentos Resolución exenta N° 504 de 30/06/09, MINSAL aprueba Norma General Técnica N° 113 "Organización y Funcionamiento de los Comités de Farmacia y Terapéutica para red asistencial de salud pública Eso nomás Maria Josefina Quinteros R.
- Decreto Supremo N° 194, MINSAL, publicada en Diario Oficial de 13/03/2006, aprueba Formulario Nacional de Medicamentos. Resolución Exenta N°504 de 30/06/2009 del MINSAL, aprueba Norma General Técnica N° 113 referida a "Organización y Funcionamiento de los comités de Farmacia y Terapéutica para la red asistencial de salud pública"
- Decreto N° 01 de febrero 2010, Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen de Garantías en Salud.

e. Marco regulatorio relativo a establecimientos de atención abierta y cerrada.

Finalmente, haremos mención a la normativa relativa a los establecimientos de atención abierta y cerrada, que forman parte de la Red Asistencial.

- Decreto N° 161/82, del MINSAL, Reglamento de Hospitales y Clínicas Modificaciones: Dto. N° 129/89, MINSAL, Dto. N° 570/98, MINSAL, Dto. N° 216/03, MINSAL, publicado, Dto. N° 152/05, MINSAL
- Decreto N° 433 de 1993, del MINSAL, Reglamento de Laboratorios Clínicos.
- Decreto N° 15 de 2007, del MINSAL, Reglamento del Sistema de Acreditación para los prestadores institucionales de salud.
- Decreto Exento N° 18 de 2009, MINSAL, Aprueba los estándares generales que indica del sistema de acreditación para prestadores institucionales de salud. El decreto se refiere a establecimientos que brindan tanto atención abierta como cerrada, ya sea en el sector público como privado.
- Reglamento de Salas de Procedimientos y Pabellones de Cirugía Menor (D.S. N° 283/97)
- Establecimientos Autogestionados en Red (Ley N° 19.937 Título IV)

ANEXO N° 4: Orientaciones para la Programación de Medicamentos Compra Centralizada 2011

ESTIMACIÓN DE DEMANDA Y PROGRAMACIÓN DE MEDICAMENTOS COMPRA CENTRALIZADA 2011 APS: CARDIOVASCULAR-PARKINSON- ARTROSIS-EPILEPSIA-PRESBICIE

La planificación de demanda y programación de cantidades a adquirir, debe contar con la participación de a lo menos los siguientes profesionales:

1. Coordinador farmacéutico de la Dirección del Servicio
2. Encargados de los programas pertinentes de la Dirección del Servicio o quien designe el Director
3. Encargados GES
4. Profesional a cargo de la gestión farmacéutica en las Entidades Administradoras de Salud de comunas que el Director determine

La estimación de la necesidad de cada medicamento e insumo para cada mes del año 2011 debe corresponder a una planificación de la demanda considerando la población bajo control a diciembre 2009 y si se permite una revisión durante el 2° semestre de 2010, deberá realizarse de acuerdo a la población bajo control 2010 corte a junio.

Para definir la variación de demanda de los correspondientes fármacos o insumos, los encargados de los diversos programas del Servicio de Salud deberían disponer de orientaciones desde su referente específico ministerial o bien considerar las recomendaciones expresadas en las Guías GES, si ello cabe.

Sin embargo, CENABAST otorga sólo 2 semanas para el proceso, por lo que se recomienda, trabajar con prevalencias sobre el porcentaje de variación 2009-2010 de la población inscrita validada para las comunas y la población FONASA beneficiaria para los centros de salud dependientes.

La demanda debe corresponder a la población a atender el 2011 en la red ambulatoria solo de APS:

- Los medicamentos sujetos a control legal se incluyen solo cuando el responsable de la adquisición es un establecimiento autorizado: droguería, hospital o consultorio. (NGT N° 12 Resol ex.N° 1089 de 1995, norma 8 modificada año 2005)
- Considerar la definición correcta de cada producto de acuerdo a la glosa CENABAST. Tener en cuenta la unidad de cada producto definido en la glosa y programar de acuerdo a esa unidad.
- Se programará para los 12 meses del año.
- La cantidad fijada como “stock crítico” mínimo: un mes de consumo debe distribuirse en la demanda de cada mes del año.
- Se recomienda solicitar entregas mensuales y si se requiere acumular para un mayor número de meses, hay que garantizar las condiciones de almacenamiento y distribución.
- La distribución de los productos durante el 2011 será responsabilidad de los proveedores adjudicados de acuerdo al calendario, coordinado con CENABAST y Servicios de Salud.

Es necesario disponer de un plan de mejora de los puntos de almacenamiento en la red:

a) Dirección de Servicio si es el caso.

b) Entidad Administradora de Salud Municipal, establecimiento. Para tal efecto cada Servicio de Salud cuenta con las Orientaciones enviadas en agosto de 2009.

La modalidad de financiamiento, cancelación de la facturación y otros para el 2011 se informara por quien corresponda en MINSAL a quien corresponda en la Dirección del Servicio de Salud.

Fuentes de Información para la Estimación de la Demanda:

1. REM 2009 - Población en control a diciembre 2009
2. Salud Cardiovascular: Variables seguimiento
3. Adulto mayor: Clasificación por condición funcionalidad
4. MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS REQUERIDOS PARA UN AÑO:
5. Canastas GES DS 66 (13-01-10)
6. VARIACION DEMANDA 2011:
7. Población FONASA inscrita validada para las comunas
8. Población FONASA beneficiara para los centros de salud dependientes

ANEXO N° 5: REHABILITACIÓN

ORIENTACIONES PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO DE REHABILITACIÓN EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE APS Y HOSPITALES DE MENOR COMPLEJIDAD

Conocer los contenidos esenciales, objetivos, estrategias y énfasis del trabajo de rehabilitación en los establecimientos de APS y hospitales de menor complejidad, permite tener la imagen objetivo del modelo que se espera implementar. Asimismo, es una guía para los equipos de salud, permite avanzar teniendo claridad hacia donde se va, conocer que se espera de ellos y del trabajo en concreto a realizar en sus diferentes etapas.

REHABILITACION BASADA EN LA COMUNIDAD, ASPECTOS CONCEPTUALES

La OMS-OPS en América Latina ha desarrollado la estrategia de Rehabilitación de Base Comunitaria (RBC) con variados modelos: algunos centrados en el trabajo exclusivo de monitores comunitarios, otros en el de profesionales y otros mixtos. En Chile el modelo da cuenta de su desarrollo en salud, del trabajo local en el municipio -incorporando servicios clínicos-, del trabajo comunitario e intersectorial y de que se inserta en una red de servicios secundarios y terciarios.

Definición OPS-OMS-OIT y Desarrollo de la RBC en Chile.

“La rehabilitación basada en la comunidad constituye una estrategia de desarrollo comunitario para la rehabilitación, equiparación de oportunidades e integración social de todas las personas con discapacidad. Se lleva a cabo por medio de los esfuerzos combinados de las propias personas discapacitadas, de sus familias y comunidades, y de los servicios de salud, educativos, sociales y de carácter laboral correspondientes.”⁴⁸

La RBC en Chile, se inicia desde la ciudadanía. Organizaciones de discapacitados, familias, ONG dan origen a experiencias pequeñas y orientadas a resolver las necesidades de esos grupos. Con posterioridad encuentran financiamiento a través de proyectos FONADIS. Mientras, en el sector público de salud, servicios de rehabilitación presentes en algunos hospitales de mayor complejidad, concentraban la escasa oferta del sector, a la que accedían pequeños grupos, generando una alta demanda insatisfecha y una demanda oculta no dimensionada. La rehabilitación ni siquiera se visualizaba como problema a nivel de APS.

Recién, desde el año 2003, la RBC es impulsada desde salud, a través de proyectos que cuentan con el apoyo japonés. A partir de ello, la estrategia se ha desarrollado desde las políticas públicas sobre la base de los ejes conceptuales entregados por la reforma de salud, la epidemiología de la discapacidad y la epidemiología social y con la fortaleza de contar con una extensa red de establecimientos de salud y redes sociales. Así mismo, busca respetar

⁴⁸ Definición OPS, OMS, OIT

todas las particularidades locales como son las diferentes etnias, poblaciones rurales y sus propios desarrollos, diferencias culturales, etc.; e incorporar el trabajo con las organizaciones sociales, ONG, sociedad civil y el intersector.

Echar a andar este proceso ha significado el inicio de un cambio cultural, pasar de paciente a sujeto de derechos, del logro de funcionalidad a inclusión social como objetivo de la intervención, de entender a la persona como minusválido a persona en situación de discapacidad (PsD), comprender la discapacidad como un proceso dinámico y que puede variar de acuerdo a los cambios personales y medio ambientales, pasar de un trabajo que era eminentemente uno a uno con el paciente, a un enfoque de trabajo grupal y con redes sociales. Este no es un cambio menor, tanto para los gestores de políticas de salud como para los profesionales rehabilitadores.

La conceptualización de inclusión está ligada a los derechos humanos, “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos” (ONU, 1948),⁴⁹ podemos inferir en primer término que la sociedad representada por el Estado y el gobierno debe hacer valer esta premisa a través de tener políticas públicas inclusivas⁵⁰, elemento estructural, salud, educación, vivienda, trabajo, políticas de género y discapacidad, transporte, medio ambiente adaptado y trabajo cultural para aceptación de las personas con diferencias, necesidades especiales. Este proceso no es exclusiva responsabilidad del sector salud, razón por la cual es inevitable el trabajo con las redes sociales e intersectoriales, para establecer la vía con las otras instituciones que deben completar la rehabilitación, escuela, OMIL, grupos de apoyo, etc.

Para efectos del programa se entenderá inclusión social aquella que es producto de la intervención del equipo, que ha sido definida en conjunto con la PsD y es parte de su Plan de tratamiento. Puede ser inclusión laboral, escolar, a grupos sociales, o a desarrollos al interior de la familia y el hogar, el logro de una actividad nueva o recuperada (AVD, jardinería, trabajo en la chacra, cuidado de los animales, actividad social con familia nuclear o extendida, incorporación a las actividades sociales de la comunidad).

Pasar de un equipo de rehabilitación que impone su saber, a un equipo que asesora y traspasa su conocimiento para el desarrollo de las personas y comunidades en el manejo de la discapacidad, esto implica un cambio fundamental en la relación de poder que se establecen con estas personas con necesidades diferentes, sus familias y comunidades a las cuales pertenecen.

Por otra parte, hoy día en un mundo globalizado con acceso a las tecnologías de la información el conocimiento no es de exclusividad del equipo de rehabilitación, debe ser compartido con las comunidades si verdaderamente queremos impactar en la salud pública del país, el perfil epidemiológico actual nos indica que debemos contar con una población capacitada en cuidados básicos de rehabilitación, cuidados domiciliarios, debe ser traspasado como parte del autocuidado familiar.

Esta estrategia aparentemente más simple⁵¹, desde el punto de vista del tipo de intervención social es de mayor complejidad porque debe abordar al individuo en situación de

⁴⁹ Lena Saleh, ex directora de Educación Especial UNESCO, Paris. *Inclusión Social, Discapacidad y política Pública*, Unicef, Ministerio de Educación, Chile Nov, 2005.

⁵⁰ Bronferbrenner U; *Ecología del desarrollo humano*, 1996.

⁵¹ *Lecciones Aprendidas: Rehabilitación de Base Comunitaria en América Latina*, Dr. Armando Vásquez, María Alejandra Martínez, OPS.

discapacidad, su familia y la comunidad en la cual se encuentra inserto y esto implica la capacidad de asesorar y liderar el proceso de rehabilitación, además de la entrega de prestaciones propiamente tal. Asimismo, generar las redes para el acceso al nivel secundario y terciario, así como también a las redes sociales y comunitarias, para lograr el proceso de inclusión social, completando la rehabilitación.

Esta mirada bio-psicosocial coloca como actor principal a la persona en situación de discapacidad, su familia y la comunidad, se plantea objetivos a mediano y largo plazo a nivel individual, familiar, comunitario y social, en relación a la dimensión no física sino también espiritual es un cambio social a mediano y largo plazo. Hasta ahora los servicios han estado centrados más bien en los prestadores y en su capacidad de oferta.

Las características fundamentales de este modelo de rehabilitación de base comunitaria son: se ubica en la atención primaria, lo más cerca de la población, es multisectorial, estimula la descentralización, se propone democratizar el conocimiento, trabaja en red, en la búsqueda de la equidad mediante el acceso a igualdad de oportunidades e integración social (equiparación de oportunidades), en el marco de proteger los derechos humanos de las personas en situación de discapacidad y finalmente, es parte importante de un sistema de protección social para este grupo de la población chilena.

El desarrollo de la Rehabilitación Basada en la Comunidad debe ser integral y como un continuo en las redes de salud, necesariamente, es un proceso paulatino y progresivo.

Gestión local y Diagnóstico Local Participativo

Conocer la realidad específica en que desarrollará su trabajo es vital para el equipo de profesionales de rehabilitación en la atención primaria de salud u hospital de menor complejidad. Papel fundamental de los equipos que trabajan con RBC es establecer los canales, asesorar a la familia, contar con redes intersectoriales que den viabilidad a esta inclusión, -además de contar con el proceso de rehabilitación propiamente tal-, en lugares de fácil acceso o en el domicilio. Este nuevo desafío para los equipos de salud requiere un enfoque bio-sicosocial y competencias en el campo de la, epidemiología social, trabajo en equipo, trabajo con familias, trabajo con grupos trabajo comunitario, trabajo en redes, gestión de proyectos locales y conocimiento sobre políticas públicas.

Se requiere conocer la realidad a través del diagnóstico local, incorporando en esta tarea a las organizaciones sociales de discapacidad, al inter-sector, a la oficina de discapacidad del municipio, la OMIL (Oficina de Intermediación Laboral), al SENADIS etc.⁵², para desarrollar un Plan de Trabajo conjunto factible y evaluable, potenciando el rol de cada uno de los actores

Incorporar a los grupos organizados de usuarios, a la planificación y evaluación de servicios locales de rehabilitación. Esto puede requerir de un proceso previo de sensibilización y capacitación de los usuarios a fin que su incorporación como elemento activo en la gestión de servicios sea, fluida y productiva.

⁵² Trabajo Comunitario en Salud : Guía Metodológica , Unidad de Participación Social , MINSAL, 1994

- Contribuir a crear o apoyar el trabajo de la Comisión de Discapacidad de la comuna para optimizar los recursos sociales al respecto, que asesore al Consejo Municipal y se encargue de colocar el tema en el Plan de Salud Comunal y en el Pladeco⁵³.
- Incorporar este tema en la Programación local del establecimiento y de la comuna.
- Optimizar el uso del equipamiento e infraestructura de dotación, minimizando capacidad instalada ociosa.
- Articular las redes locales para la inclusión en el ambiente social, laboral, escolar de las personas en situación de discapacidad.

En síntesis todas estas estrategias tienen que tender progresivamente a ser parte del sistema de protección social para estas personas en situación de discapacidad y sus familias.

TAREAS Y EVALUACIÓN PARA LAS ESTRATEGIAS INSTALADAS EN APS

ROL DE LA ESTRATEGIAS EN APS DEL MODELO DE REHABILITACION

- Asumir la rehabilitación integral a personas en situación de discapacidad en su comunidad con un enfoque bio-sicosocial
- Asumir en su totalidad a las personas en situación de discapacidad leve, transitoria o permanente.
- Apoyar la resolución en APS de los síndromes dolorosos de origen osteomuscular.
- Apoyar el manejo de las personas en situación de discapacidad moderada y severa y de sus familias.
- Apoyar el desarrollo de redes y el trabajo intersectorial
- Educación y prevención de discapacidad. Apoyo al trabajo con los grupos de riesgo, en particular con el adulto mayor (ver anexo)

La implementación del modelo de rehabilitación integral a nivel de la atención primaria de salud es de gran complejidad pues requiere un fuerte trabajo con las familias, organizaciones sociales, comunidad y el intersector para el logro de la inclusión social.

Tareas

Para comprender mejor las obligaciones de los equipos de rehabilitación se definen las tareas de acuerdo a niveles de complejidad.

1. Establecer Plan de trabajo 2010
2. Realizar el diagnóstico participativo, finalizando con un plan de trabajo con las organizaciones involucradas y un documento con el diagnóstico.
3. Redefinir la canasta de prestaciones a partir del diagnóstico participativo.
4. Difundir el programa con los equipos de salud, autoridades.
5. Definir el plan de trabajo con las organizaciones sociales.
6. Establecer la red intersectorial, definiendo los nexos y mecanismos de comunicación y de trabajo conjunto.
7. Efectuar actividades de rehabilitación.
8. Participar en las actividades de la red del S. Salud.
9. Incorporarse al plan de capacitación asociado al Plan de Salud Comunal.

Las metas con las cuales se evaluarán los convenios establecidos entre los Servicios de Salud se orientan a mantener vigente aquellas líneas conceptuales importantes y de cambio en la implementación de la rehabilitación integral con enfoque inclusivo.

⁵³ PLADECO: Plan de Desarrollo Comunal.

Metas RBC

- 30% de las PSD⁵⁴ reciben Consejería Individual
- 10% PsD con Visita Domiciliaria Integral
- 80% de las PsD cuentan con plan de tratamiento consensuado (10 fichas auditadas cuando los ingresos no superan 200 PsD, 20 para el resto)
- 10% de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)
- 50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo
- Mantener al menos un 20% de PsD con parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular
- 30% de las actividades del equipo son preventivo promocionales
- 100% de los centros cuentan Dg participativo
- Línea Base: para consultas, Procedimientos y cuidados a los cuidadores
- Difundir el programa en el Consejo Técnico del o los establecimientos que derivan a la sala, en las reuniones generales, en Consejo municipal, Consejos de Desarrollo, etc.

Metas RI y hospitales de menor complejidad

- 10% de las PSD reciben Consejería Individual
- 5 % PsD con Visita Domiciliaria Integral
- 80% de las PsD cuentan con plan de tratamiento consensuado (10 fichas auditadas cuando los ingresos no superan 200 PsD, 20 para el resto)
- 5 % de las PsD atendidas en el Centro logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)
- 50% de PsD reciben alta posterior al cumplimiento del plan de trabajo
- 30% de las actividades del equipo son preventivo promocionales
- 100% de los centros cuentan Dg participativo
- Línea Base: para consultas, procedimientos, incorporación de patologías neuromusculares y cuidado a los cuidadores
- Difundir el programa en el Consejo Técnico del o los establecimientos que derivan a la sala, en las reuniones generales, en Consejo municipal, Consejos de Desarrollo, etc.

Equipos Rurales

- 80% de las visitas a terreno planificadas fueron realizadas
- 30% de los Técnicos paramédicos de las postas rurales han recibido capacitación
- 100% de las comunas del convenio han tenido intervención (difusión, capacitación, etc.)
- 50% de las comunas en convenio cuentan con su Diagnóstico Participativo.
- 50% de las PSD reciben Consejería Individual
- 100% PsD con Visita Domiciliaria Integral
- 80% de las PsD cuentan con plan de tratamiento consensuado (10 fichas auditadas)
- 5% de las PsD atendidas por el equipo logran la inclusión social (trabajo, escuela, grupos sociales, organizaciones)
- Mantener al menos un 10% de PsD con Parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular
- 10% de las actividades del equipo son preventivo promocionales
- Dg participativo realizado en el 50% de las comunas en convenio
- Línea Base: para consultas, procedimientos y cuidado a los cuidadores

⁵⁴PsD: Personas en Situación de Discapacidad

El equipo rural compuesto principalmente por el Terapeuta Ocupacional y Kinesiólogo con el apoyo necesario del resto del equipo de salud (Médico general o familiar, Psicólogo, Nutricionista, Enfermera, Técnico Paramédico). La función de este equipo es la siguiente:

- Hacer un diagnóstico participativo⁵⁵ en las comunas rurales para conocer cuántas personas están en situación de discapacidad, grado y problemas de este grupo.
- Evaluar a estas personas en su domicilio
- Definir un Plan de Tratamiento a cumplir por la persona, la familia y /o el Técnico Paramédico.
- Transferir conocimientos de rehabilitación al Técnico Paramédico, la familia y la comunidad.
- Referencia al nivel secundario cuando sea preciso.
- Transportar a la persona en situación de discapacidad y familiar a cualquier otro establecimiento de la red para dar continuidad a los cuidados de su salud.
 - Mejorar el acceso a la entrega de las prestaciones, de acuerdo a los programas correspondientes al ciclo vital personal y familiar⁵⁶.
- Apoyo al municipio en el desarrollo de políticas relacionadas a la discapacidad.
- Trabajo directo con las organizaciones sociales y el intersector, apoyando el desarrollo de las redes locales, definiendo un Plan de Trabajo conjunto.
- Atención clínica en las comunidades.

⁵⁵ Ver Anexo N°1 y 2 y Bibliografía al final de este documento.

⁵⁶ Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la Capacitación OMS, 2000.

ANEXO N° 6: PUEBLOS INDÍGENAS

Este documento corresponde a las orientaciones técnicas que el Ministerio de Salud, a través del Programa Especial de Salud y Pueblos Indígenas pone a disposición de los Servicios de Salud, para el desarrollo de la interculturalidad en el quehacer de la atención primaria.

El propósito es señalar a los equipos responsables del tema en los niveles locales, los ámbitos de acción necesarios para la elaboración del Plan Anual del Programa, enfatizando ciertos tópicos importantes de considerar e incluir en las actividades propuestas.

Ciertamente los Equipos a cargo del tema pueden por un lado, adicionar a su quehacer ámbitos de acción no señalados en estas orientaciones, y por otro lado, adaptar a la realidad local los ya indicados, no perdiendo de vista el sentido y propósito último de estas orientaciones.

Antecedentes

La incorporación de la pertinencia cultural en las acciones de salud de la Red Asistencial es un proceso que comenzó en la Región de la Araucanía a comienzos de de la década de los 90 y que se vio fuertemente respaldado con la Reforma del sector y los instrumentos legales, que la respaldan y que datan del año 2005.

“Mejorar la situación de salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso”⁵⁷, ha sido el objetivo principal del Programa de Salud y Pueblos Indígenas, al que se agregan los siguientes objetivos específicos:

- i. Fortalecer la capacidad técnica y de gestión de las instituciones responsables de la salud de la población indígena, a través del desarrollo de propuestas estratégicas, tendientes a garantizar la pertinencia cultural y adecuación en la gestión y atención que los Servicios de Salud proveen a la población.
- ii. Contribuir a la protección y desarrollo de los conocimientos y las prácticas médicas propias de los pueblos originarios.
- iii. Realizar estudios sobre situación de salud que consideren las categorías de salud – enfermedad, propias de los pueblos originarios y los factores protectores y de riesgo desde su cultura.
- iv. Favorecer la participación de los pueblos indígenas en la planificación, implementación y evaluación de estrategias destinadas a mejorar su estado de salud, creando las instancias pertinentes para dicho fin

La Ley de Autoridad Sanitaria y los reglamentos internos, tanto del Ministerio de Salud como de los Servicios de Salud, contemplan claramente la responsabilidad sectorial de incluir dentro de su quehacer una mirada diferente de hacer salud, incorporando el respeto a la

⁵⁷ “Política de Salud y Pueblos Indígenas”; Minsal 2006

cultura existente en los territorios y la participación activa de las propias comunidades y organizaciones indígenas sobre las acciones que salud desarrolla y que les involucran.

Además, la publicación del documento Política de Salud y Pueblos Indígenas en el año 2006 y la Norma Administrativa N°16 sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud han contribuido a abordar el desafío de consolidar la implementación de la pertinencia cultural en el sistema de salud.

Para el modelo de atención integral de salud, así como para el conjunto de las áreas de la reforma, hay principios orientadores como la *equidad* y la *participación* y están orientados fundamentalmente a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y comunidades. A estos principios debemos agregar la interculturalidad e incorporar estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de los distintos pueblos indígenas en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud.

Para alcanzar estos principios orientadores se requiere desarrollar procesos que tengan como punto de partida el conocimiento y el reconocimiento de la realidad local, sus habitantes y su cultura, los conceptos de salud-enfermedad existentes en cada comunidad, desafío insoslayable. El trabajo con pueblos indígenas implica la participación de diferentes organizaciones y autoridades tradicionales indígenas en un ambiente de respeto y cooperación.

Estrategias para la incorporación de la Pertinencia Cultural en Salud.

La pertinencia cultural, comprendida como la estrategia de adaptabilidad de la oferta de programas de salud hacia la población indígena, conlleva la promoción y establecimiento de itinerarios específicos que permiten adaptar la estructura de las actividades y acciones de salud a la realidad sociocultural de los pueblos indígenas.

Esto significa efectuar con participación de las propias comunidades indígenas, una lectura de segundo orden de los programas de salud, poniendo a disposición de aquellos toda la información posible a fin de mejorar las estrategias de trabajo y posibilitar de esa forma la efectividad en el cumplimiento de las metas y objetivos fijados por la autoridad sanitaria. Por ejemplo, Programa del Niño(a) en la evaluación del Desarrollo Psicomotor, Programas de Salud Mental, etc.

La incorporación de la pertinencia cultural en salud, solo tiene significación, en la medida que los equipos de salud reconocen la existencia y por ende, visibilidad de un modelo y sistema médico indígena distinto, presente en sus respectivos territorios. Esto significa principalmente, el reconocimiento implícito de un conjunto de relaciones que constituyen la arquitectura cognitiva, desde la cual los pueblos indígenas miran y observan los procesos de salud y enfermedad.

Una estrategia con la cual los equipos de salud pueden reconocer esa diferenciación para la incorporación de la pertinencia cultural, es observando con detención los siguientes elementos:

1.-La Cosmovisión de los Pueblos Indígenas, es el primer elemento diferenciador que permite comprender la forma de acercarse al fenómeno de la salud y enfermedad de las personas. Esto implica, como lo señala la literatura, un cuerpo de ideas y valores que le dan sustento, cohesión y sentido al modelo de salud existente en las comunidades indígenas (Machis, Lawentuchefes, parteras, etc.) y que constituye el primer eslabón en la búsqueda de sanación en las personas.

2.-Los Significados en los procesos de la salud y enfermedad, esto es observar el tenor interpretativo que dan las comunidades indígenas cultural y socialmente a ciertas enfermedades, especialmente en los aspectos relacionados con el sentido de equilibrio o desequilibrio que significan para el ser humano y su entorno. Esto significa, aprender del sentido o interpretación que dan los agentes terapéuticos a las causas que originan las enfermedades y en algunos casos, a la connotación de hecho social que tiene para la comunidad.

3.-Las Prácticas Terapéuticas en los Agentes de Medicina Indígena, particularmente las redes visibles e invisibles presentes en los territorios que forman parte de la micro red de salud.

En la perspectiva de la atención médica, no se debe olvidar, que la primera respuesta que buscan las personas se encuentra en la medicina casera, esto es, en su propio entorno cultural para posteriormente acudir a los agentes de medicina que habitan el territorio.

Conforme se avanza en la visibilidad de la medicina indígena, se reconoce el valor social que representa para los territorios indígenas su cultura y cosmovisión. Esta situación, que contrasta fuertemente con la conformación de estereotipos sociales arraigados en la sociedad, abre enormes oportunidades para el diálogo intercultural entre los equipos de salud y los representantes de las comunidades indígenas en sus respectivos territorios. La posibilidad de abrir espacios de comunicación con los pueblos indígenas es vital para reconstruir posiciones de confianza y complementariedad en el abordaje de los procesos de salud y enfermedad. Por lo mismo, la figura de los Encuentros de Salud Intercultural, constituye una estrategia de afirmación cultural, que permite conocer y comprender las diferentes estrategias mediante las cuales las personas y familias de una comunidad determinan el uso que efectúan de su propio sistema de salud y por ende, de las circunstancias que explican el acceso al establecimiento de salud.

En esa perspectiva, la incorporación de la pertinencia cultural en el Modelo de Atención con Enfoque Familiar y Comunitario, debe conllevar necesariamente un proceso de negociación y mediación permanente con las autoridades tradicionales de un territorio, que permita establecer las bases de los cambios que se desean implementar en las acciones de salud. Esto significa un reconocimiento abierto a la necesidad de construir espacios de participación y trabajo intersectorial con las comunidades indígenas, siendo recomendable en algunos casos, la instalación de Mesas Comunes de Salud Intercultural para abordar reflexivamente las discusiones y propuesta de trabajo.

Entonces, un modelo de atención con enfoque familiar, comunitario e intercultural debe incorporar estrategias que respondan a las particularidades de los distintos pueblos indígenas en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, que sean diseñadas, ejecutadas y evaluadas participativamente.”

En el caso de los Centros de Salud, la incorporación de la pertinencia cultural, puede resultar del establecimiento de las siguientes acciones y actividades de salud con la población indígena:

Dimensión	Actividades y/o Acciones Básicas para el Implementación del Enfoque de Salud Intercultural
Recurso Humano	Programa Permanente de Formación y Capacitación Continua sobre la realidad sociocultural en la que se insertan los SS.: Dispersión geográfica de la población, presencia de pueblos indígenas, panorama epidemiológico de la región o del territorio y gestión de salud con enfoque intercultural. Instalación de capacidades técnicas y administrativas para la gestión de salud intercultural en establecimientos de la red asistencial: Actualización del perfil del facilitador intercultural Contratación de personal que cumpla el rol de Facilitador Intercultural a nivel primario y secundario.
Recursos Físicos	Establecimientos de salud apropiados a la necesidad de la población indígena y territorio: Diseños arquitectónicos pertinentes. Señalización que facilite el acceso a los servicios disponibles. Espacio de atención adecuado, que asegure el acceso del usuario, familiar o acompañante. Habilitación de Oficina para el Facilitador Intercultural.
Presupuestos	Garantizar que los recursos asignados para el trabajo con población indígena, ya sea para la acción de salud intercultural o apoyo a la medicina indígena se enmarquen dentro de las orientaciones programáticas.
Acciones de Salud Intercultural	Propuesta para la Adaptación de registros a fin de incluir la variable de pertenencia indígena Realización de Diagnósticos de situación de salud comparados, análisis de resultados y formulación de planes con comunidades Elaboración de Protocolos de atención con pertinencia cultural Realización de Rondas Rurales Complementarias ⁵⁸ Transversalización de Enfoque de Salud Intercultural en Programas de Salud. Monitoreo y seguimiento de las acciones desarrolladas a nivel local.
Redes Sociales	Participación de equipos de salud en actividades culturales convocadas por las comunidades (Wetripantu, Nguillatún, Palin, etc). Participación en instancias de la red asistencial, comunal, provincial y regional y Mesa de Salud Intercultural, para la detección de necesidades y búsqueda de soluciones conjuntas.
Calidad	Encuestas de satisfacción de usuaria con pertinencia cultural. Planes de Intervención en Comités de Gestión de Reclamos.
Complementariedad entre Sistemas Médicos	Elaboración de Protocolos de Atención para el trabajo con agentes de medicina indígena. Registro de actividades de derivación (referencia y contrarreferencia entre sistemas médicos). Apoyo al desarrollo de la medicina indígena en el territorio. Apoyo a experiencias de salud intercultural: Modalidad Atención Complementaria e intercultural ⁵⁹ Modalidad Atención Mapuche ⁶⁰

58 Red Comunitaria de Asesores Culturales y Estrategias de Complementariedad entre los Sistemas Médicos Oficial y Aymara para la Implementación de un Modelo Intercultural de Atención en Salud en la Comuna de Putre

59 SS. Arica: Programa de Fortalecimiento y Consolidación de un Modelo Intercultural de Atención y Gestión de Salud en la Comuna de Putre.

SS. Antofagasta: Sala de atención del cultor de medicina indígena, en San Pedro de Atacama

SS. Arauco: Implementación de Modelo de Salud con Pertinencia Cultural en el Territorio Lafquenche Comuna de Tirua.

SS. Bío Bío: Centro de Salud Familiar Intercultural Ralco

SS. Araucanía Norte: Centro de Salud Pantano

SS. Araucanía Sur: Centro de Salud Boroa Filulawen

SS. Osorno: Modelo de Salud Intercultural San Juan de La Costa

SS. Valdivia: Modelo de Atención del Embarazo y el Parto con pertinencia cultural en el territorio de Panguipulli

60 SS. Araucanía Sur: Modulo Mapuche Hospital Nueva Imperial, solo realiza prestaciones de medicina mapuche

SERIE CUADERNOS DE REDES

Orientaciones para la
**PLANIFICACIÓN Y
PROGRAMACIÓN
EN RED AÑO 2011**



GOBIERNO DE
CHILE
MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARIA DE REDES ASISTENCIALES