



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Orientaciones para la
**PLANIFICACIÓN Y
PROGRAMACIÓN EN RED**
AÑO 2012

Contenido

I.	INTRODUCCIÓN	4
II.	LA SALUD PÚBLICA	7
	2.1. FUNCIONES ESENCIALES DE LA SALUD PÚBLICA	7
	2.2. ENFOQUES EN QUE SE BASA LA PLANIFICACIÓN EN LA RED DE ATENCIÓN DE SALUD PÚBLICA	7
III.	OBJETIVOS SANITARIOS 2010 - 2020	11
	3.1. ANTECEDENTES.....	11
	3.2. MODELO DE PLANIFICACIÓN BASADA EN RESULTADOS.....	12
	3.3. PROCESO DE FORMULACIÓN DEL PLAN NACIONAL DE SALUD 2011-2020.....	13
	3.4. GUÍA PARA EL DESARROLLO DEL TRABAJO	15
IV.	PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED	25
	4.1. INTEGRACIÓN DE LAS ACCIONES DE LA RED ASISTENCIAL CON LA AUTORIDAD SANITARIA	25
	4.2. ROLES Y FUNCIONES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED	25
	4.3. EJES DE LA PROGRAMACIÓN EN RED.....	27
	4.4. METODOLOGÍA DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED	53
	4.7. PREGUNTAS FRECUENTES PARA LA PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED.....	72
	4.8. GLOSARIO.....	78
V.	MATRIZ DE CUIDADOS DE SALUD A LO LARGO DE LA VIDA.....	80
	5.1 SALUD MATERNO – OAE L A VD.....	80
	5.2 SALUD INFANTIL.....	86
	5.2. SALUD DEL ADOLESCENTE.....	95
	5.3. SALUD DE LAS PERSONAS ADULTAS.....	104
	ÁREA ESTRATÉGICA: REHABILITACIÓN	116
	5.4. SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES	117
VI.	ATENCIÓN CERRADA Y AMBULATORIA DE ESPECIALIDAD.....	123
	6.1. ORIENTACION A RESULTADOS EN ATENCIÓN CERRADA.....	124
	6.2. ETAPAS DEL PROCESO DE PROGRAMACION	125
	6.3. PRODUCTOS DE LA PROGRAMACIÓN EN LA RED.....	128
VII.	SALUD OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA.....	131
TABLA DE ANEXOS		136
	Nº 1: SISTEMA DE PROTECCIÓN INTEGRAL A LA INFANCIA, CHILE CRECE CONTIGO	137
	Nº 2: VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA.....	140
	Nº3: MARCO JURÍDICO GENERAL VIGENTE DEL SECTOR SALUD	144
	Nº4: ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA LA COMPRA CENTRALIZADA 2012	147
	Nº5: ORIENTACIONES PARA EL PROGRAMA DE LA MUJER - OEGULACIÓN DE LA FERTILIDAD.....	151
	Nº6: REHABILITACIÓN	153
	Nº7: PUEBLOS INDÍGENAS	160

La elaboración de este documento, es producto del trabajo colaborativo e integrado de las Subsecretarías de Salud Pública y Redes Asistenciales, y del valioso y fundamental aporte de los Servicios de Salud de Bio Bio Los Angeles, Talcahuano, Valdivia y Atacama.

Albertina	JORDAN	Miguel	CORDERO
Alicia	VILLALOBOS	Natalia	META
Ana	AYALA	Pamela	MENESES
Bárbara	LEYTON	Patricia	NARVÁEZ
Beatriz	HEYERMANN	Ricardo	SEPULVEDA
Carlos	BECERRA	Rodrigo	MADRID
Cecilia	MOYA	Roxana	BUSCAGLIONE
Claudia	PADILLA	Sabina	PINEDA
Claudio	VEGA	Sandra	CAUCAMAN
Felipe	ARRIET	Sandra	NAVARRO
Héctor	SOTO	Sandra	UGALDE
Irma	ROJAS	Sibila	IÑIGUEZ
Irma	VARGAS	Silvia	SANTANDER
Josefina	QUINTEROS	Soledad	BUNGER
Leticia	ÁVILA	Soledad	ZULETA
Lucía	VERGARA	Thelma	RAPHAEL
Marcela	PIÑEIRO	Violeta	ROJAS
María Cristina	ESCOBAR	Xenia	BENAVIDES
Marina	SOTO	Ximena	RAYO
Marta	PRIETO		

I. Introducción

Las “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red 2012” constituye un elemento central de apoyo a la gestión de los equipos de salud de los centros de salud de Atención Primaria y de los Servicios de Salud, respondiendo 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.

El propósito de estas orientaciones es contribuir a alinear y orientar el quehacer de los centros de salud hacia 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 facilitar la integración funcional de la Red Asistencial, en la perspectiva de satisfacer las necesidades sentidas de salud de las personas.

Por otro lado, las prioridades nacionales en materia de salud están fijadas en los Objetivos Sanitarios; reconociendo que los resultados de la década anterior en los que se señalan

importantes avances en algunas áreas, y los temas pendientes se recogen en la formulación de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020.

Los temas prioritarios para la gestión en la Atención Primaria el año 2012 son:

1. Mejorar la calidad del trato al usuario
2. Mejorar la gestión de los recursos para la realización de la atención de salud a los usuarios y su comunidad
3. Relevar acciones de control de las enfermedades crónicas no trasmisibles
4. 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, en el marco de los Objetivos Sanitarios 2011-2020 y del Plan Nacional de Salud

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 2012 se traduce en seguir avanzando en la instalación del modelo de atención integral, teniendo un eje relevante la calidad de la atención y satisfacción de los usuarios, lo que está siendo destacado a través de la estrategia de certificación de los CESFAM de excelencia

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.

Otro aspecto relevante es la de favorecer la transformación de los hospitales de baja complejidad en Hospitales, la Familia y Comunidad, a través de modificar su modelo de atención, desde la asistencial a un modelo de atención integral preventivo promocional; incorporando además una mayor articulación con los equipos de salud municipal en cada comuna, a través de programación conjunta que traduzca a una realidad la articulación de las redes locales.

Finalmente, el presente documento permitirá avanzar en una programación en red y a corto plazo definir las estrategias que se formularán en la programación anual de cada establecimiento.

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.

La Protección Social es el mecanismo que permite generar condiciones que brinden seguridad

¹ OPS/OMS 1998.

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 en salud a los servicios por su cosmovisión, lenguaje, costumbres y cultura.

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.

C.3) Inmigrantes

La población migrante beneficiaria de la Red Asistencial Pública se reconoce, en una alta proporción, que tiene otras creencias y costumbres que deben ser consideradas para aplicar las estrategias en salud.

El Código Sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes.

Art. 16 Toda mujer durante el embarazo y hasta el 6º mes del nacimiento del hijo, el niño, tendrán derecho a la protección y vigilancia del Estado por intermedio de las instituciones que correspondan.

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) organizados (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 y 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 2010 - 2020

3.1. Antecedentes

En julio del año 2010, la Subsecretaría de Salud Pública dio inicio a la planificación de las acciones del sector para la consecución de objetivos sanitarios durante la década 2011-2020. Este desarrollo se inició a principios del decenio 2000-2010, cuando el sector impulsó una reforma sectorial, cuyo primer eje fue la definición los objetivos sanitarios.

A través de la definición de objetivos de impacto y desarrollo específicos se buscó fortalecer las actividades tradicionales del sector y recoger las transformaciones sectoriales en la perspectiva de derechos de salud. Según la evaluación de final del periodo, ambas lógicas se integraron en un nivel de discurso y en un nivel pragmático, lo que contribuyó a dar sentido y significado a las acciones del sector, pero no se logró una instalación o adhesión de los diferentes niveles de la organización de salud.

Asimismo, un desafío aún pendiente, es la articulación ordenada y sistemática del trabajo intersectorial. Esto resulta de especial relevancia, ya que aquellos objetivos en los que otros sectores comparten responsabilidad en su gestión, fueron los que presentaron mayor dificultad en su cumplimiento¹.

A la luz de los resultados de la evaluación, se hizo necesario no sólo reflexionar acerca de los objetivos sanitarios del sector durante la década que comienza, sino también, fortalecer la planificación sanitaria para la consecución efectiva de éstos.

Frente a ello, la formulación de los Objetivos Sanitarios del decenio 2011-2020, considera como uno de sus ejes fundamentales el trabajo colaborativo con el intersector. Esta preocupación se traduce en la metodología de construcción seleccionada, la cual otorga un gran énfasis, no sólo a la identificación de objetivos de impacto sanitario, sino también a la selección de estrategias para su consecución, utilizando criterios de calidad, equidad y de satisfacción para los usuarios del sistema de salud.

El objetivo general del proceso de formulación de este plan, es por lo tanto, proponer los desafíos sanitarios de la próxima década a partir de un proceso de análisis estratégico con distintas iniciativas de estudio, incorporación de las expectativas de la población, participación de la ciudadanía y de equipos técnico – políticos del sector y de otros sectores.

La metodología de planificación que utiliza el Plan Nacional corresponde a un modelo de Gestión Basada en Resultados, tomando como referente los planes estratégicos de la Organización Panamericana de Salud 2008-2012 y de la Organización Mundial de Salud 2008-2013. El modelo considera el trabajo por áreas temáticas denominadas Objetivos Estratégicos (OE) y la selección de Resultado Esperados (RE), vale decir, las estrategias para el logro del impacto sanitario formulado en los OE. Asimismo, este plan formulado para todo el sector, se replicará con similares alcances a nivel regional durante el 2011.

Es así que el plan nacional contempla un equilibrio entre la realidad global y las especificidades regionales y subregionales, a través del modelo de planificación con consecución de objetivos en cascada, es decir, iniciando con la planificación estratégica del nivel central para diez años, que luego se materializa en el desarrollo de planes regionales de salud que contemplan un trabajo conjunto entre las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y de las Direcciones de Servicios de Salud de la región, así como la participación de los Departamentos de Salud Municipal.

3.2. Modelo de planificación basada en resultados

Este modelo es una herramienta para realizar planificación con énfasis en los procesos hacia el cumplimiento de resultados; en ellos se expresa lo que el sector salud quiere lograr en el largo plazo (Objetivos estratégicos), los resultados intermedios necesarios para ello (Resultados esperados) y las actividades a desarrollar anualmente (Plan operacional).

La planificación integra verticalmente los niveles de acción sectorial, considerando la agregación de los resultados esperados de todos los niveles de la organización para el logro de los objetivos estratégicos. Además, permite vincular las actividades del plan operacional con los recursos necesarios para la consecución de los resultados esperados, a través de la formulación de presupuesto con base en el Plan Operacional.

La integración vertical del proceso de planificación en todos los niveles es un paso decisivo para la ejecución de la gestión orientada a la consecución de resultados, según la cual los indicadores de Resultados Esperados (RE) a nivel regional o de servicio, se agregan a los indicadores de RE a nivel del país.

Por otra parte, si la elaboración de presupuesto se realiza anualmente, se considera necesario desarrollar planes operacionales con expresión anual y establecer un sistema de monitoreo de indicadores seleccionados, con la misma periodicidad. Además de realizar a lo menos una evaluación de avance intermedia al plan de 10 años.

El plan nacional se desarrolló teniendo en cuenta definiciones estratégicas, es decir, se explicita los alcances y limitaciones en cada área temática (qué incluye y qué no incluye), así como un marco de trabajo para la implementación de dichas estrategias, tanto en su expresión nacional, regional y de los servicios de salud. Para ello, se establecieron resultados esperados y sus indicadores, buscando no sólo la factibilidad técnica de realizarlos sino también su factibilidad de medición y por lo tanto de monitorización (según sea el caso anual, bienal, trienal o quinquenal).

El Plan también considera la definición del departamento, unidad o programa a cargo de la responsabilidad por la rendición de cuentas a nivel nacional, regional y de Servicio de Salud. Cabe mencionar que el desarrollo e implementación del Plan Nacional de Salud, a través de su sistema de monitoreo y evaluación, favorece la transparencia en el quehacer del sector salud.

La monitorización de los avances del Plan Nacional, así como de la planificación regional estará a cargo de la División de Planificación Sanitaria con la colaboración de los Gabinetes de ambas Subsecretarías.

3.3. Proceso de formulación del Plan Nacional de Salud 2011-2020

El Plan Nacional ha sido construido a partir de la conformación de un Comité Ejecutivo que ha liderado el desarrollo del trabajo de los 9 OE, con sus respectivos Directores y de la conformación de 54 comisiones técnicas. Cada comisión técnica, estuvo a cargo de un encargado o encargada del Ministerio de Salud, quien tenía la misión de convocar a expertos de su respectivo tema. En estas comisiones han participado sociedades científicas, académicos, colegios profesionales, institutos, organizaciones no gubernamentales, otros ministerios, entre muchos otros.

El PNS, comprende 50 metas de impacto, con aproximadamente 500 indicadores de RE (estrategias). Los RE están planteados en el amplio espectro del quehacer del Ministerio de Salud, involucrando tanto a las SEREMI de Salud, como a las Direcciones de Servicios de Salud y muy especialmente a la Atención Primaria.

La selección de las 50 metas de impacto, es el resultado de un detallado trabajo de análisis de la situación actual de salud de la población y sus determinantes. La selección de RE (estrategias) consideró la revisión de la evidencia científica, los logros alcanzados con las estrategias pasadas, la identificación de actores extra-sectoriales relevantes, y la discusión de premisas de aplicabilidad y amenazas.

La elaboración del PNS, además de contar con la participación de las comisiones técnicas, ha tenido dos instancias de consultas públicas, una relativa a las metas de impacto propuestas y otra relacionada a los RE. Adicionalmente se ha realizado al menos dos consultas a las SEREMI, Direcciones de Servicios de Salud, quienes a su vez lo discutieron con establecimientos secundarios y terciarios, así como con la Atención Primaria.

Definición de conceptos:

1. Plan Nacional de Salud:

Es el instrumento de planificación del MINSAL, inspirado las expectativas de la población consensuado por participantes internos y externos al MINSAL y consultado públicamente, para la década 2011-2020. En él, se estipulan los objetivos estratégicos del sector y los resultados esperados en el periodo. La planificación fue llevada a cabo por las distintas divisiones, departamentos y unidades del MINSAL, de ambas subsecretarías, con la colaboración técnica y política de otros sectores del Estado, de Gobierno, del sector académico y del sector privado.

El plan pretende ser un instrumento transparente, que permita comprender qué resultados se espera alcanzar y los recursos necesarios para ello, en todos los niveles del quehacer del sector sanitario.

2. Plan Regional de Salud:

Se refiere a la expresión del plan nacional en el ámbito regional, que contempla el desarrollo de la planificación para la década 2011-2020 entre las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y las Direcciones de Servicios de Salud de cada región, propiciando la participación de los Departamentos de Salud Municipal. Similar a lo que se está desarrollando en el nivel central, la planificación regional para la

década se materializará en planes operacionales anuales.

3. Objetivos estratégicos (OE):

El plan contempla la definición de objetivos estratégicos, los que constituyen el núcleo programático del plan y serán objetivos comunes a toda la organización y a todas las regiones, de manera de responder a las prioridades de salud pública² del sector.

Cada Objetivo Estratégico incorpora una meta de impacto a lograr en la década, al interior de ellos se establecen temas relevantes, dentro de los cuales se han definido Resultados Esperados, el logro de estos últimos es responsabilidad del sector salud. Asimismo, el monitoreo y evaluación estará a cargo de la División de Planificación Sanitaria del MINSAL, por lo que las metas de impacto y sus resultados esperados están ligados a indicadores para el monitoreo y evaluación periódica.

4. Metas de Impacto:

Se refiere a los resultados sanitarios que se espera alcanzar al finalizar la década 2011-2020. Cada una de ellas cuenta con indicadores de tipo cuantitativo para evaluar el grado de avance en su cumplimiento, tanto a mitad del periodo como su evaluación final.

5. Resultados Esperados (RE):

Se identifican resultados que se espera obtener al final de cada periodo de planificación. Cada RE cuenta con estrategias para su cumplimiento e indicadores para su monitorización y evaluación. Estos indicadores representan la forma en que se medirán los resultados, de ningún modo representan todo el trabajo que hace la institución.

Los Resultados Esperados, así como los Objetivos Estratégicos, responden a las prioridades de salud pública identificadas en el análisis de la situación y que cuentan con argumentos políticos y técnicos para su incorporación.

6. Plan operacional:

Corresponde a la planificación anual de actividades, que debe estar en concordancia con los OE y RE del Plan Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios 2011-2020 y servir de insumo para la planificación del presupuesto anual. Este trabajo se encuentra actualmente en desarrollo para el nivel nacional.

Objetivos Estratégicos:

A continuación se muestran, en términos generales, los temas abordados en cada Objetivo Estratégico (OE). Como se mencionó, cada OE considera metas de impacto sanitario y Resultados Esperados (RE), los que a su vez incluyen estrategias para su cumplimiento.

- En el OE 1 se abordan tópicos relacionados con mantener los logros alcanzados

² Se entiende Salud Pública, como la respuesta social organizada frente a las necesidades de la población en materia sanitaria, abarcando tanto los servicios colectivos de salud, como los individuales.

en el control y eliminación de enfermedades transmisibles. También se considera tuberculosis, VIH/SIDA e infecciones respiratorias agudas.

- En el OE 2 incluye metas relacionadas a las enfermedades crónicas no transmisibles y lesiones, asimismo, se aborda la discapacidad en la población general.
- El OE 3 se relaciona con factores de riesgo. Es importante destacar la meta relacionada con “salud óptima”, cuyo indicador mide el número de factores protectores presentes en la población.
- El OE 4 incluye temas relacionados con el ciclo vital, desde sus distintas etapas. Dentro de las metas se destaca la correspondiente a rezago del desarrollo en población infantil.
- En el OE 5 se abordan tópicos relacionados con equidad y determinantes sociales de la salud. Se incorporaron también estrategias destinadas a disminuir las inequidades en salud de manera transversal en los otros objetivos del Plan.
- El OE 6, relacionado a medio ambiente, incorpora desde una perspectiva sanitaria varias metas vinculada con agua segura, residuos sólidos, aire, ciudad e inocuidad de alimentos.
- En el OE 7 se plantea fortalecer el sector salud, contemplando una meta sobre recursos humanos, además de gobernanza y participación, investigación sanitaria, eficiencia financiera, gasto de bolsillo, relaciones internacionales, sistemas de información y la gestión de los Servicios de Salud.
- En el OE8, relacionada con la calidad de la atención, se destacan las metas dirigidas a disminuir las listas de espera para la atención de patologías que no garantizadas por GES, a mejorar la satisfacción usuaria, la acreditación de establecimientos y las metas relacionadas a calidad de las tecnologías sanitarias y fármacos.
- Por último, el OE9, incorpora los desafíos en la preparación para enfrentar emergencias y desastres, incluyendo el concepto de hospital seguro.

3.4. Guía para el desarrollo del trabajo

Se presenta a continuación una guía para el trabajo de los nueve equipos que se constituirán en cada región (incluyendo participantes de las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud y Direcciones de Servicio de Salud) para el desarrollo de los planes regionales, según OE, sus Metas de Impacto y sus RE definidos en el Plan Nacional.

En los planes regionales se deberá abordar el compromiso de las Autoridades Sanitarias Regionales y de los Servicios de Salud con el cumplimiento de los OE del Plan Nacional para la década. Ello a través del análisis de la pertinencia de las Metas de Impacto y de los Resultados Esperados nacionales para la población regional y del Servicio de Salud.

Esta planificación se materializará en los Planes Operacionales, cuya elaboración será posterior, que incluirá tanto los servicios, actividades, hitos y recursos asociados (humanos, financieros y otros), como el establecimiento de cronogramas y asignación de responsabilidades, tanto para la implementación del plan, como para el reporte del monitoreo de las metas asociadas.

A. Dirección y organización

El desarrollo de la planificación estará organizado según grupos de trabajo por Objetivo Estratégico. Éstos estarán liderados por el Secretario Regional Ministerial de Salud, que contará con un encargado general del proceso y 9 encargados para cada uno de los Objetivos Estratégicos. Durante todo el período de planificación, contarán con la colaboración técnica de la División de Planificación Sanitaria del MINSAL y del Gabinete de la Subsecretaría de Salud Pública.

B. Descripción de responsabilidades y atribuciones

1. SEREMI:

- Convocar a la construcción del Plan Regional a las Direcciones de Servicios de Salud.
- Participar de las reuniones para discutir el Plan Regional para la Década 2011-2020 con las autoridades ministeriales (Subsecretarios y Ministro).
- Responder ante el Subsecretario de Salud Pública sobre el estado de avance y plazos definidos.
- Asegurar la participación del equipo de trabajo de la Secretaría Regional Ministerial.
- Procurar la participación de otras autoridades y organismos regionales en el proceso.
- Procurar la articulación efectiva del trabajo con la o las Direcciones de Servicio de Salud.

2. Director de Servicio de Salud:

- Participar de las reuniones para discutir el Plan Regional para la Década 2011-2020 con las autoridades ministeriales (Subsecretarios y Ministro).
- Responder ante el Subsecretario de Redes Asistenciales sobre el estado de avance y plazos definidos.
- Asegurar la participación del equipo de trabajo de la Dirección de Servicio.
- Procurar la participación de otras autoridades o actores relevantes relacionados con la red asistencial en el proceso (Departamentos de Salud Municipal, Corporaciones Municipales, Directores de Hospitales, Directores de Centros de Salud etc.).
- Procurar la articulación efectiva del trabajo con la Secretaría Regional Ministerial de Salud.

3. Encargado del Plan Regional de Salud:

- Convocatoria a encargados de objetivos estratégicos.
- Coordinar los 9 equipos de trabajo y centralizar los informes y documentos que emanen del proceso de planificación.
- Responder ante el SEREMI y Director de Servicio respecto del estado de avance y plazas definidos.
- Participar en las reuniones de discusión ampliada del Plan Regional.

4. Encargado de Objetivo Estratégico:

- Convocar a participantes internos y externos, cuando corresponda.
- Liderar el trabajo del equipo que se constituya.
- Responder ante el encargado del Plan Regional de Salud respecto del estado de avance y plazos definidos.
- Redactar, en conjunto con los participantes del equipo, documentos cuyos contenidos serán:
 - i. Análisis de situación en relación al OE y metas de impacto.
 - ii. Identificar actores relevantes y mecanismos de participación.
 - iii. Establecer, en conjunto con la autoridad, el equipo de trabajo para la planificación anual.
 - iv. Colaborar en la elaboración del documento final y compromisos para la década.
- Definir, en conjunto con las autoridades, el cargo en el cual recaerá la responsabilidad por la rendición de resultados, año a año, para monitorear el grado de avance en el Plan Regional, y por ende el Nacional.
- Procurar el cumplimiento de los plazos establecidos para el desarrollo del trabajo.

Para la convocatoria a participantes externos se sugiere establecer mecanismo formal para la invitación a instituciones, entidades, organismos y profesionales al interior de ellos, emanada desde el SEREMI de Salud y de las Direcciones de Servicios de Salud.

C. Evaluación de la pertinencia de las Metas de Impacto y Resultados Esperados

Se deberá analizar, de acuerdo a la población de la región, la pertinencia de los Objetivos Estratégicos, Metas de Impacto y Resultados Esperados establecidos en el documento Plan Nacional de Salud para la Década 2011-2020.

Esto implica, en primer lugar, establecer un diagnóstico de situación de la región o del Servicio de Salud, según corresponda, en torno a las metas de impacto del Plan Nacional de Salud, verificando que se trate de un problema para la población de la

región y que los resultados esperados propuestos para el nivel nacional sean aplicables a la realidad regional.

Para este trabajo será necesario realizar reuniones de discusión. En esta discusión es aconsejable incorporar a profesionales que se desempeñen en el sector o en otras reparticiones del estado o del sector privado. Si en la discusión se estableciera la necesidad de incorporar resultados esperados distintos a los propuestos por el Plan Nacional, deberá ser presentada al equipo del Nivel Central, para su aprobación o rechazo, a través de metodología estandarizada específica que se detallará cuando sea necesario, y que corresponde a un proceso de validación similar al utilizado para seleccionar las estrategias del Plan Nacional.

a. Elaboración del diagnóstico de situación de la región según OE

Los OE con sus respectivos objetivos de impacto sanitario, serán el núcleo a partir del cual se construirá la planificación regional, que constituyen objetivos comunes a toda la organización. Por ello es necesario establecer, de la mejor forma posible y con los recursos disponibles, la situación de la población regional frente a cada OE y meta de impacto.

Para ello deberán utilizar la información disponible desde diversas fuentes:

- Encuesta Nacional de Salud 2009
- Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud 2000 y 2006
- Tendencias de Mortalidad ajustada por edad, para las regiones (se entregará)
- Estadísticas vitales
- Registros del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, entre otras.

Se deberá elaborar un informe con el análisis de situación, que señalará el estado actual de la población regional respecto de la meta de impacto e identificar la o las estrategias de intervención contenidas en los resultados esperados del Plan Nacional, que se seleccionan para la región, argumentando las razones de aquellas que no se seleccionan.

b. Homologación con metas e indicadores de OE del Plan Nacional

Una vez establecidas las metas de impacto y seleccionados los resultados esperados que la SEREMI comprometerá con el Plan Nacional, es necesario cuantificar lo que se comprometerá en cada meta y resultado esperado seleccionado, por ejemplo:

- En el Objetivo 2: Prevenir y reducir la morbilidad, la discapacidad y mortalidad prematura por afecciones crónicas no transmisibles, trastornos mentales, violencia y traumatismos.

Si luego de realizar el diagnóstico de situación, el equipo de considera que este objetivo está en concordancia con las necesidades de la población de su región, se deberá revisar las metas de impacto al interior, en este OE existen varias metas, un ejemplo es:

- Salud Bucal, en que se establece como meta de impacto “Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en los menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables”.

Si luego de realizar el diagnóstico de situación respecto de la morbilidad bucal en menores de 20 años, el equipo de trabajo considera que esta meta de impacto es aplicable para la población de su región, se deberá revisar los resultados esperados al interior de esta meta. Existen varios, un ejemplo es:

- Porcentaje anual de establecimientos pre-escolares (dependientes de JUNJI e INTEGRA), que cuentan con Programa Educativo de Padres operativo, por SEREMI. (el Programa se encuentra definido por el Depto. de Ciclo Vital del MINSAL)

Si la SEREMI considera factible y aplicable esta estrategia en su población, deberá comprometerse a implementar el programa en un 75% de los establecimientos de la región, a mitad del periodo o bien al finalizar la década.

Para cada indicador se establecen metas de RE con indicadores como el ejemplo, aunque no todos los indicadores tienen el mismo umbral (75%). Ello está establecido según estrategia en el Plan Nacional que se les hará llegar oportunamente para este trabajo.

Asimismo, existen indicadores llamados “trazadores” para los cuales no se establecen metas. Las metas de resultados esperados sólo se indican para las acciones que permiten efectivamente evaluar el quehacer del MINSAL o de la influencia que puede ejercer éste en otros sectores.

Cabe recordar que los indicadores representan la forma como se medirán los avances a mitad de período y los resultados al final, no necesariamente representan todas las actividades que se realizan tanto a nivel central como en las ASR y Redes Asistenciales.

c. Elaboración de Resultados Esperados (RE) a comprometer

De los resultados de la homologación, se desprenderá un documento que presente los Resultados Esperados que la región comprometerá con el MINSAL para alcanzar en la evaluación de mitad del periodo y al finalizar la década 2011-2020.

Los Objetivos Estratégicos y los Resultados Esperados comprometidos deben responder a las prioridades de salud pública de la región, identificados en el análisis de la situación, pero deben ser lo suficientemente flexibles para que se pueda responder ante los problemas y las amenazas a medida que surjan.

d. Selección de estrategias de intervención

La elaboración del plan regional debe contemplar la identificación de las estrategias de intervención, los recursos ligados a la planificación de estrategias y los medios para el seguimiento y la evaluación, en los distintos niveles de la planificación.

e. Productos y plazos

Se describen a continuación los hitos del proceso y la duración aproximada de cada uno.

- i. Plan Regional para la década 2011-2020
 - Elaboración de análisis de situación según OE (23 mayo-20 junio)
 - Identificación de metas pertinentes según OE (21 junio-12 julio)
 - Selección de Resultados Esperados a comprometer (13 julio-3 de agosto)
 - Documento final: Plan Regional de Salud para la década 2011-2020 (4 al 25 de agosto)

f. Objetivos Estratégicos y Metas de Impacto

Se presenta a continuación los Objetivos Estratégicos del PNS 2011-2020, indicando los temas que aborda y sus Metas de Impacto. Esta información permitirá iniciar la construcción de los Planes Regionales, para generar los dos primeros productos mencionados en el punto anterior, aunque será necesario contar con el documento oficial del Plan Nacional que incluye el desarrollo de los textos que acompañan la definición de estas metas, el marco conceptual sobre el cual se construyeron, antecedentes, metodología de construcción y de selección de las estrategias, entre otros contenidos, que son indispensables para una definición adecuada de los planes regionales. Esto se encuentra en su etapa final de desarrollo, por lo que será enviado a la brevedad.

3.5. Objetivos Estratégicos y Metas de Impacto

Se presenta a continuación los Objetivos Estratégicos del PNS 2011-2020, indicando los temas que aborda y sus Metas de Impacto.

REDUCIR LA CARGA SANITARIA DE LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES Y CONTRIBUIR A DISMINUIR SU IMPACTO SOCIAL Y ECONÓMICO		
TEMA	OBJETIVO	META
VIH/SIDA	Disminuir la mortalidad por VIH/SIDA	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por Virus de Inmunodeficiencia Humana/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
Tuberculosis	Eliminar la Tuberculosis como problema de salud pública	Disminuir a 5 x 100.000 habitantes la tasa de incidencia proyectada de Tuberculosis
Enfermedades Transmisibles	Mantener logros alcanzados en el control o eliminación de las Enfermedades Transmisibles	Mantener el número de casos de enfermedades transmisibles seleccionadas*
Infecciones Respiratorias Agudas	Reducir la mortalidad por causas respiratorias agudas	Mantener la tasa de mortalidad proyectada por infecciones respiratorias agudas

REDUCIR LA MORBILIDAD, LA DISCAPACIDAD Y MORTALIDAD PREMATURA POR AFECIONES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES, TRASTORNOS MENTALES, VIOLENCIA Y TRAUMATISMOS

<u>TEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>META</u>
Enfermedades Cardiovasculares	Aumentar la sobrevivencia de personas que presentan enfermedades cardiovasculares	Aumentar 10% la sobrevivencia media de últimos 3 años por infarto agudo al miocardio Aumentar en 100% la cobertura de trabajadores formales en programas de vigilancia según riesgo Aumentar 20% la proporción de comunas que superan recomendación de Organización Mundial de la Salud relacionadas con superficie de áreas verdes Aumentar 10% la sobrevivencia media de últimos 3 años por accidente cerebro vascular
Hipertensión Arterial	Incrementar la proporción de personas con hipertensión arterial controlada	Aumentar 50% la cobertura efectiva del tratamiento de hipertensión arterial
Diabetes Mellitus	Incrementar la proporción de personas con diabetes controlada	Aumentar 20% la cobertura efectiva del tratamiento de diabetes mellitus tipo 2
Enfermedad Renal Crónica	Reducir la progresión de enfermedad renal crónica	Disminuir 10% la tasa de incidencia proyectada de tratamiento de sustitución renal crónica con hemodiálisis en población menor a 65 años
Cáncer	Reducir la tasa de mortalidad por cáncer	Disminuir 5% la tasa de mortalidad proyectada por cáncer
Enfermedad Respiratorias Crónicas	Disminuir la mortalidad por enfermedad respiratoria crónica	Disminuir 10% la tasa de mortalidad proyectada por enfermedad respiratoria crónica
Trastornos Mentales	Disminuir la prevalencia de discapacidad en personas con enfermedad mental	Disminuir 10% la prevalencia de discapacidad severa en trastornos de salud mental seleccionados*
Discapacidad	Disminuir la discapacidad	Disminuir 10% la media de puntaje de discapacidad proyectada
Salud Bucal	Prevenir y reducir la morbilidad bucal de mayor prevalencia en menores de 20 años, con énfasis en los más vulnerables	Aumentar 33% la prevalencia de ausencia de historia de caries* en niños de 6 años Disminuir 10% el promedio de daño por caries en adolescentes de 12 años en establecimientos de educación municipal
Accidentes de Tránsito	Reducir la mortalidad por accidentes de tránsito	Disminuir 50% la tasa de mortalidad proyectada por accidentes de tránsito asociados a consumo de alcohol e imprudencia del conductor*
Violencia Intrafamiliar	Disminuir los femicidios	Disminuir 33% la tasa trienal de femicidios en mayores de 15 años

REDUCIR LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA CARGA DE ENFERMEDAD, A TRAVÉS DEL DESARROLLO DE HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

<u>TEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>META</u>
Salud Óptima	Aumentar las personas con Factores Protectores para la salud	Aumentar 20% la prevalencia de al menos 5 factores protectores*, en población mayor a 15 años
Consumo de Tabaco	Reducir el consumo de tabaco	Reducir 5% la prevalencia de consumo de tabaco último mes en población de 12 a 64 años
Consumo de Alcohol	Reducir el consumo de riesgo de alcohol	Disminuir 10% la prevalencia proyectada de consumo de riesgo de alcohol* en población de 15 a 24 años
Sobrepeso y Obesidad	Disminuir prevalencia de obesidad infantil	Disminuir 10% la prevalencia de obesidad en menores de 6 años*
Sedentarismo	Aumentar la prevalencia de práctica de actividad física en adolescentes y jóvenes	Aumentar 20% la prevalencia de actividad física suficiente* en población entre 15 a 24 años
Conducta Sexual	Aumentar la prevalencia de conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes	Aumentar 10% la prevalencia de uso consistente de condón en población de 15 a 19 años, activos sexualmente
Consumo de Drogas Ilícitas	Disminuir la prevalencia de consumo de drogas ilícitas en población general	Disminuir 5% la prevalencia de consumo de drogas ilícitas* durante último año en población de 12 a 64 años

REDUCIR LA MORTALIDAD, MORBILIDAD Y MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, A LO LARGO DEL CICLO VITAL

<u>TEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>META</u>
Salud Perinatal	Disminuir la mortalidad perinatal	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada en periodo perinatal
Salud Infantil	Disminuir el rezago infantil	Disminuir 15% la prevalencia de rezago en población menor de 5 años
Salud del Adolescente	Disminuir la mortalidad por suicidio en adolescentes	Disminuir 15% la tasa de mortalidad proyectada por suicidio en población de 10 a 19 años
Embarazo Adolescente	Disminuir el embarazo adolescente	Disminuir 10% la tasa de fecundidad proyectada en población menor de 19 años
Accidentes del Trabajo	Disminuir la mortalidad por accidentes del trabajo	Disminuir 40% la tasa promedio trienal de mortalidad por accidentes del trabajo
Enfermedades Profesionales	Mejorar la vigilancia de la enfermedades profesionales	Aumentar en 100% la cobertura de trabajadores formales en programas de vigilancia según riesgo
Salud de la Mujer Climatérica	Mejorar la calidad de vida de la mujer posmenopáusica	Disminuir en 10% la media de puntaje de "Salud relacionada a Calidad de Vida" en población femenina de 45 a 64 años, bajo control
Salud del Adulto Mayor	Mejorar el estado de salud funcional de los adultos mayores	Disminuir en 10% la media de puntaje de discapacidad en población de 65 a 80 años

REDUCIR LAS INEQUIDADES EN SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DE LA MITIGACIÓN DE LOS EFECTOS QUE PRODUCEN LOS DETERMINANTES SOCIALES Y ECONÓMICOS EN LA SALUD

<u>TEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>META</u>
Inequidad y Posición Social	Disminuir la gradiente de inequidad en salud relacionada con posición social	Disminuir 10% el índice de concentración de auto percepción de salud por años de estudio, en población mayor a 25 años
Inequidad y Geografía	Disminuir la brecha de inequidad en salud relacionada con ubicación geográfica	Disminuir 25% la media de tasa quinquenal de Años de Vida Perdidos Prematuramente de las comunas seleccionadas*

22

PROTEGER LA SALUD DE LA POBLACIÓN A TRAVÉS DEL MEJORAMIENTO DE LAS CONDICIONES AMBIENTALES Y DE LA INOCUIDAD DE LOS ALIMENTOS

<u>TEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>META</u>
Contaminación Atmosférica	Disminuir exposición diaria a contaminación ambiental	Disminuir 50% la tasa de días-ciudad del año que se encuentran sobre la norma de material particulado
		Disminuir un 10% el nivel de contaminantes intradomiciliarios seleccionados
Residuos Sólidos	Mejorar la disposición de residuos contaminantes	Aumentar la cobertura de comunas con manejo adecuado de residuos sólidos domiciliarios
Uso de Aguas	Mejorar el acceso a agua potable y disposición de aguas servidas en zonas rurales	Aumentar a 50% la cobertura de sistemas de agua potable rural con agua segura y diagnóstico de disposición de aguas servida
Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir los brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos	Disminuir 10% la tasa promedio trienal de hospitalización por enfermedades transmitidas por alimentos en brote.
Entorno Urbano	Aumentar las áreas verdes urbanas	Aumentar 20% la proporción de comunas que superan recomendación de Organización Mundial de la Salud relacionadas con superficie de áreas verdes

FORTALECER LA INSTITUCIONALIDAD DEL SECTOR SALUD

TEMA	OBJETIVO	META
Sistemas de Información	Mejorar los sistemas de información en salud	Aumentar a 13 el número de procesos críticos* que tributan al repositorio nacional de información
Investigación en Salud	Fortalecer la investigación en salud	Aumentar a 50% la proporción de preguntas elaboradas y priorizadas* por el Consejo Nacional de Investigación en Salud, que son abordadas en proyectos de investigación, el año en curso
Recursos Humanos	Aumentar y mejorar la dotación de recursos humanos en el sector salud	Aumentar 20% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud con dotación de Recursos Humanos adecuada* Aumentar a 35% la proporción de Servicios de Urgencia de hospitales de alta complejidad, que cumplen estándar de Recursos Humanos en Salud*, por Servicios de Salud Aumentar a 44% la proporción anual de Unidades de Paciente Crítico de hospitales de alta complejidad que cumplen estándar de Recursos Humanos en Salud*, por Servicios de Salud
Financiamiento	Fortalecer el financiamiento del sector	Disminuir 20% el porcentaje del gasto de bolsillo sobre el gasto total en salud Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud cuyos hospitales logran relación ingresos devengados/gastos devengados menor o igual a uno
Infraestructura	Mejorar, normalizar y reponer la infraestructura del sector salud	Aumentar en 30 el número de hospitales en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición Aumentar en 150 el número de centros de atención primaria en operación, con mejoramiento, normalización y/o reposición
Gobernanza y Participación	Aumentar los mecanismos de participación ciudadana y fortalecer el trabajo integrado de los directivos del sector	Aumentar a 100% la proporción de Servicios de Salud y Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de participación ciudadana y usuaria, y ejercicio de derechos Aumentar a 100% la proporción de Secretarías Regionales Ministeriales de Salud que han implementado mecanismos de alineación de directivos, y articulación de procesos de planificación
Gestión Asistencial	Mejorar la pertinencia en la referencia entre componentes de la red de Servicios de Salud	Aumentar a 80% el porcentaje de pertinencia en la referencia entre componentes de los Servicios de Salud
Salud Internacional	Mantener la participación y cooperación internacional en salud	Mantener 75% la proporción de contrapartes técnicas que participan en actividades de la agenda y la cooperación internacional

MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE SALUD EN UN MARCO DE RESPETO DE LOS DERECHOS DE LAS PERSONAS

TEMA	OBJETIVO	META
Acceso y Oportunidad	Disminuir listas de espera	Aumentar a 90% la proporción de Servicios de Salud con adecuada razón de resolución de listas de espera excesivamente prolongadas
Seguridad y Efectividad	Aumentar los establecimientos de salud acreditados	Aumentar a 100% la proporción de establecimientos de atención cerrada, públicos y privados, con al menos la primera acreditación de estándares de calidad y seguridad de la atención
Fármacos y Tecnologías Sanitarias	Mejorar la calidad de medicamentos y tecnologías sanitarias	Aumentar a 90% el porcentaje de fármacos priorizados que cumplen con las características de calidad definidas* Aumentar a 90% el porcentaje de tecnologías sanitarias priorizadas que cuentan con certificación de calidad
Satisfacción Usuaría	Disminuir la Insatisfacción Usuaría	Disminuir 30% el índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de centros de atención primaria Disminuir 30% el Índice de insatisfacción usuaria en la atención de salud de urgencias

FORTALECER LA RESPUESTA ADECUADA DEL SECTOR SALUD ANTE EMERGENCIAS, DESASTRES Y EPIDEMIAS

<u>TEMA</u>	<u>OBJETIVO</u>	<u>META</u>
Emergencias, desastres y epidemias	Contar con planes aprobados y actualizados en Gestión Integral del Riesgo y Establecimientos de Salud Seguros	Aumentar a 90% la proporción de instituciones de salud* con planes de gestión integral del riesgo, aprobados y actualizados
		Aumentar en 30 hospitales el número de hospitales antiguos y nuevos acreditados con cumplimiento de norma de seguridad

IV. Planificación y Programación en Red

4.1. 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 comunas, 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 Subsecretaria 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.

4.2. 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.

4.3. Ejes de la Programación en Red

A. Eje Organizacional

A.1 Diseño General del Sistema Sanitario en Red³

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.

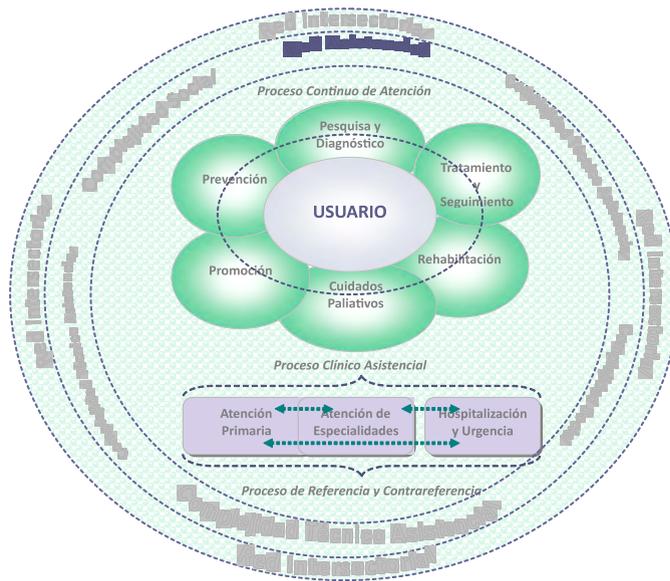


Ilustración 1: Diseño General del Sistema Sanitario en Red

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.

A su vez, la Red se operativiza en los niveles de capacidad resolutoria, de Atención Primaria, de

³Subsecretaría 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.

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 Red⁴

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”⁵.

La Red de cada Servicio de Salud se organiza “con un primer Nivel de Atención Primaria, compuesto por establecimientos que ejercerán funciones Asistenciales en un determinado

⁴ 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.

⁵ Art. ... Ley N° 19.937

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 reglamentos⁶.

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.⁷

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.⁸

Dicha autoridad, conforme a la ley, deberá velar especialmente por fortalecer la capacidad

⁶ Art. 16. Ley N° 19.937

⁷ Art 16 ter. Ley N° 19.937

⁸ Art. 18 y 18 bis, Ley N° 19.937

resolutiva 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.”⁹

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 Reglamento¹⁰ clasifican a los establecimientos en dos grandes tipos:



Ilustración 2: Clasificación de los Establecimientos

⁹ Ley N° 19.937 de “Autoridad Sanitaria” Publicada en Diario Oficial de 24/02/2004

¹⁰ “Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red” DTO. N° 38 de 2005

i. Establecimientos de Mayor Complejidad ¹¹

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 Institutos de Referencia Nacional para especialidades únicas como son: Instituto de Enfermedades Respiratorias y Cirugía Torácico, 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

¹¹ Art. N° 11 Ley N° 19.937

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 Salud¹²

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 regirán 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.

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

¹² Art.Nº 1 del "Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red" DTO. Nº 38 de 2005

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 atención¹³. 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 resolutoria 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.

¹³ 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

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.¹⁴

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 auto cuidado y los estilos de vida saludable, se trabaja con las redes sanitarias y sociales, con constantes nexos con el intersector, las acciones son 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.¹⁵

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

¹⁴ “Marco Referencial para los Hospitales Comunitarios” DIVAP-MINSAL Documento de Trabajo 2008
¹⁵ “En el Camino a Centro de Salud Familiar” MINSAL Subsecretaría de Redes Asistenciales 2008

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.”¹⁶

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 es aplicada en pocos lugares 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 Salud¹⁷

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.

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 opera a través del Modelo de Gestión de Redes Asistenciales.

¹⁶ “Nuevos Estándares para Postas de Salud Rural” Documento de trabajo DIVAP- MINSAL 2009.

¹⁷ 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.

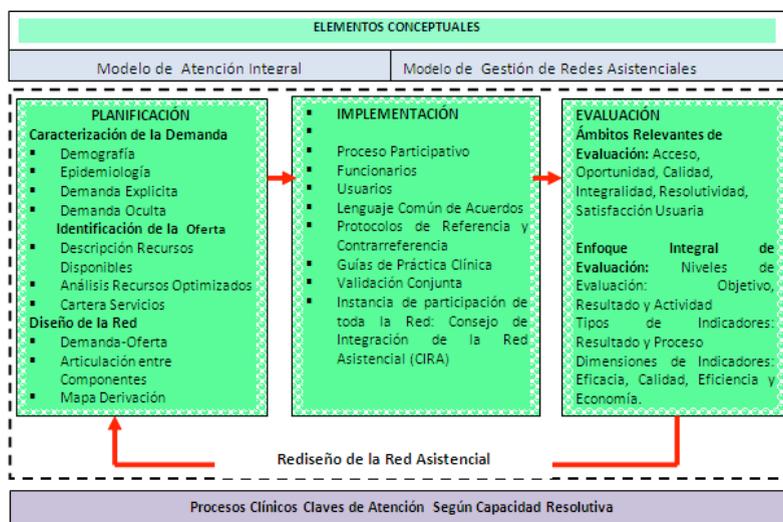


Ilustración 3: Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud

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 auto cuidado 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, infraestructura 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. de la información
- Asegurar los conocimientos técnicos en los equipos de la red con capacitación
- Prevención y resolución de contingencias, con las unidades que corresponda.
- Monitoreo de la producción y la capacidad productiva.
- Liderazgo operativo con evaluación permanente y periódica del Equipo GES.

Encargado de Registros SIGGES: Objetivo: Asegurar la calidad y oportunidad de la información asociada al SIGGES o sistema de información que corresponda, 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
- Entrega de información desde el SIGGES

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 Departamento GES de la División de Redes Asistenciales y Departamento de Gestión de la Información 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 en los sistemas de información, incluyendo 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 registros definidos 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.
- 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.
- Entrega oportuna de información y resolución de reclamos (referido a usuarios – beneficiarios).

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.

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, diagnostico y tratamiento) de los siguientes Problemas de Salud Ges:

- ✓ Hipertensión arterial esencial,
- ✓ Diabetes mellitus tipo 2,
- ✓ Depresión leve, moderada y grave,
- ✓ Presbicia,
- ✓ Entrega de Ortesis,
- ✓ Artrosis de cadera y/o rodilla leve y moderada,
- ✓ IRA,
- ✓ Neumonía,
- ✓ Epilepsia no refractaria en niños/as y adultos,
- ✓ Salud oral integral de 6 y 60 años y embarazadas,
- ✓ EPOC,
- ✓ Asma bronquial en niños/as y adultos,
- ✓ Urgencia odontológica,
- ✓ Plan ambulatorio básico consumo perjudicial de OH y drogas,
- ✓ Prevención secundaria de insuficiencia renal crónica terminal,
- ✓ Enfermedad de Parkinson,
- ✓ Diagnóstico de displasia luxante de caderas,
- ✓ Screening de cáncer cérvico uterino,
- ✓ Screening de cáncer de mamas.

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.

La Atención Primaria de Salud (APS) chilena presenta distintos mecanismos y fuentes de financiamiento, como dependencias administrativas. Se distinguen: a) Atención Primaria de Salud Municipal, cuya administración se encuentra en las entidades administradoras de salud municipal y su red de establecimientos; y b) Atención Primaria Dependiente de los propios Servicios de Salud, cuya administración es del Servicio de Salud correspondiente, con 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.

En ese contexto, la Ley de presupuesto del sector público, contempla entre otros, 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 la dependencia de administración municipal, cuanto para 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.

El aporte fiscal a la APS en lo referente a los gastos operación en el ámbito de las redes asistenciales, 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, y la 02, vinculada a la APS Municipal. Este monto asciende a M\$737.343.124 para el año de 2011¹⁸. Un 88% se destina a la salud primaria municipal y un 12% a la atención primaria dependiente de los Servicios de Salud.

¹⁸ Ley Inicial. Durante el año presupuestario se producen modificaciones y se incorporan recursos considerados en provisión, tales como, la parte del componente variable de la asignación por desempeño colectivo de la Ley N° 19.813 que depende del grado de cumplimiento de metas del año anterior.

La figura siguiente muestra estas dependencias administrativas.

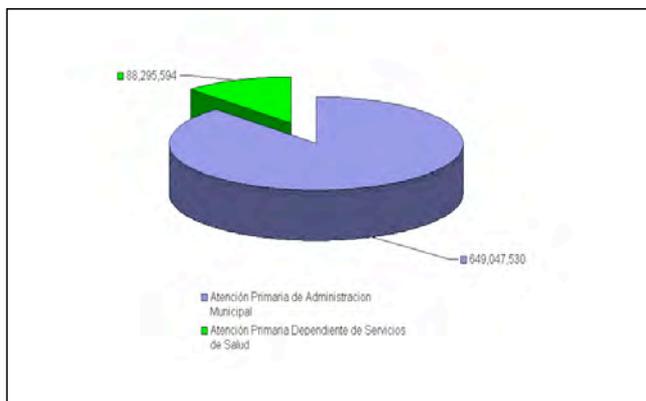


Ilustración 4: Atención Primaria de Salud, Ley de Presupuesto del Sector Público, Año 2011, M\$.

A su vez, los recursos destinados a la Atención Primaria de Salud Municipal se subdividen en distintos mecanismos de pago y glosas específicas: un 69,7% se transfiere vía per cápita, 24,6% a Programas de Reforzamiento e Iniciativas Extraordinarias de Capacitación y Perfeccionamiento, y 5,8%, al sustento de los gastos originados por la aplicación de las Leyes Nº 19.813, 20.157 y 20.250; la distribución se muestra en la figura siguiente.

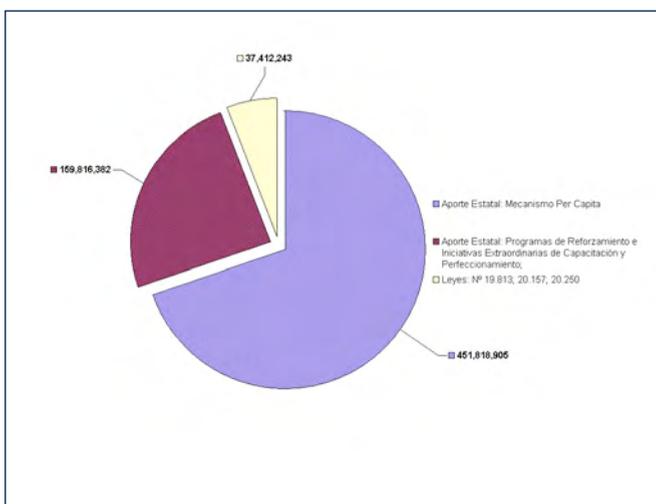


Ilustración 5: Atención Primaria de Salud Municipal, Ley de Presupuesto del Sector Público, Año 2011, M\$.

Por otro lado, 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.

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 como ya señalado. 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, son también contemplados en los programas de reforzamiento de la atención primaria, aquellos hospitales de menor complejidad, que efectúan acciones de nivel primario, así como, las 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). La atención primaria de dependencia municipal, considera una población a cargo para el año de 2011 de 11.615.437 personas y 320 Municipalidades¹⁹ (92.8% del total de Municipalidades), que corresponden a entidades administradoras de salud municipal en Chile²⁰.

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

¹⁹ El sistema per capita considera por efectos de territorio a la Granja Sur como la entidad número 321, siendo ésta el Consultorio Joao Goulart de la Comuna de la Granja, inserto en el límite territorial del Servicio de Salud Metropolitano Sur.

²⁰ Conforme <http://www.subdere.cl/1510/w3-propertyvalue-33065.html> son 345 municipalidades en Chile.

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, dada los efectos hacia el mayor gasto y a la inequidad, 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, sus programas y la inscripción de la población beneficiaria.

Con relación al cálculo del plan de salud familiar (PSF), 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 la mayor parte de las garantías explícitas otorgadas por el nivel primario de atención. Para el 2011, el PSF incluye un total de 96 prestaciones²¹.

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, contemplan grupo objetivo y coberturas; 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.

²¹ Para el 2001, se produce la incorporación al plan de salud familiar de la canasta de laboratorios básicos, al menos un 3.2% del basal vigente se destina a exámenes de laboratorio básico (\$87,38/persona/Mes. Esta incorporación al plan de salud, no es lineal; al per capita basal se le ha sumado el efecto de los factores incrementales de ruralidad, pobreza y referencia de zona, con cargo al presupuesto del sector de salud, generando un efecto creciente en términos reales.

En la actualidad, este mecanismo de asignación de recursos es responsable del 69.6% del total del aporte fiscal destinado a gastos de operación de la atención primaria municipal en Chile (2011)²².

En la situación actual, de las 320 comunas que administran la APS municipal, 84 son clasificadas como urbanas, 188 como rurales y 48 como comunas de costo fijo, no obstante a estas no se le aplica el mecanismo de financiamiento mecanismo per cápita pues su tamaño se constituye en barrera técnica para ello.

Compromiso Ministerial

El 8 de noviembre de 2010 se firma en el Congreso un Protocolo de acuerdo para el despacho de la Ley de Presupuestos de 2011, entre senadores, diputados (en particular los de la Comisión Especial Mixta de Presupuestos) y el Gobierno (representado por el Ministro de Hacienda), cuyo propósito es aumentar la calidad de las políticas públicas. En este protocolo se señala explícitamente un conjunto de indicaciones surgidas del trabajo de las Comisiones, entre éstas, para la atención primaria de salud se plantea que:

“a. El Ministerio de Salud se compromete a nombrar un panel de expertos transversal para que realice un estudio que revisará los indexadores usados en los cálculos del per cápita transferido a los municipios para atención primaria. Un informe de este estudio será remitido a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos durante el primer semestre del 2011.”

En ese contexto, se puso a disposición de la Comisión Especial Mixta de Presupuesto un Informe elaborado por panel de expertos, en el cual se discute la situación actual de las variables utilizadas para representar los factores de incremento actuales y que se aplican por sobre el per cápita basal y el análisis de de posibles alternativas a dichas variables, dentro de un listado disponibles a nivel comunal.

Los resultados alcanzados en tal documento fueron:

- Determinar si los “indexadores” vigentes poseen la suficiente independencia entre ellos para recoger o representar distintos ámbitos de la realidad socioeconómica y rural de las comunas. A partir del análisis de correlaciones (tanto simple y parcial) entre los indexadores de ruralidad, asignación de zona, pobreza y asignación por adulto mayor, se concluyó que cada uno de éstos representan diferentes ámbitos de la realidad socioeconómica-rural y que por lo tanto los incrementos asociados a un indexador no se superpondrían a los incrementos asociados a otro.
- Los resultados mostraron evidencia respecto de la situación actual, en cuanto a la presencia correlación de las variables que representan los factores de incremento en del per cápita en uso y otras variables similares disponibles del ámbito socio económico.

²² Asimismo, representa un 61.3% del total de presupuesto para gastos operacionales asignado a la atención primaria de salud como un todo.

- Construcción de índices a partir de un subconjunto de variables alternativas identificadas a través de la metodología de componentes principales. Con ambos índices: a) con las variables socioeconómicas relevantes y b) otro, con éstas variables más las de ruralidad) se construye un nuevo ordenamiento de las comunas.

Finalmente, se mostró, que se producen cambios importantes en el orden relativo de las comunas; éste se debe en primer lugar a las diferencias entre lo que miden los actuales indexadores y las nuevas variables y también al hecho de que los actuales “indexadores” se aplican ya sea por tramos o dicotómicamente, mientras las variables alternativamente consideradas lo hacen en términos continuos.

Descripción del Per Cápita Basal Vigente

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, contemplan siguiendo los criterios de incremento señalados en el artículo 49 de la Ley N° 19.378 al nivel socioeconómico de la población potencialmente beneficiaria, representando 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:

Nivel socioeconómico: los “indexadores” que se incorporan en este factor son dos (pobreza y riesgo asociado a edad).

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, con base a 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, se incorpora una asignación adicional por cada uno de ellos, como un monto fijo e igual para todas las comunas. El año 2011 ese monto es de \$466 mensuales incorpora una asignación adicional por cada uno de los beneficiarios potenciales (población inscrita en los establecimientos de atención

primaria, sujeta a proceso de validación y certificación y a cargo de los establecimientos de la atención primaria), de 65 años y más.

iii. Ruralidad.

Incremento por ruralidad de 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 al 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
Porcentajes de Incremento sobre el Per Cápita Basal (en %)	0%	4%	5%	7%	9%	10%	12%	14%	19%	24%

Ilustración 6: Matriz de Incremento por Referencia de Zona

v. Desempeño Difícil.

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.

Finalmente, 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 2011 es el N° 132 del Ministerio de Salud.

En seguida se muestra diagrama de la construcción de la transferencia base para una comuna que administra salud primaria y recibe aporte estatal.



Ilustración 7: Construcción transferencia base comunal, mecanismo per – cápita, 2011

La metodología descrita para el cálculo del per cápita basal y sus incrementos se aplica a 272 comunas, de las 320 que administran los servicios de salud primarios. Las restantes 48, conocidas como de costo fijo, corresponden a comunas que poseen menos de 3500 habitantes. En el caso de ellas, se asume que el costo de prestar servicios de salud no se condice directamente con el número de inscritos (por problemas de escala), por lo que se les transfiere un monto mensual fijo.

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 Nº 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 público²³, 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

²³ Ley Nº 20.481, de Presupuestos del Sector Público Año 2011

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.
- 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, se considera 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 humano²⁴ 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 ha 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 Primaria²⁵.

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.

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

Continuar generando 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, de género, intercultural 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

Continuar con la formación de funcionarios de la Atención Primaria, entrenados y capacitados en los aspectos centrales del Modelo de Atención Integral en Salud con enfoque familiar, comunitario y en red, que sean capaces de consolidar el proceso de implementación del Modelo de Atención Integral, liderar su expansión en todos los establecimientos del país y aumentar la resolutivez de ellos.

²⁴ OPS. *Funciones esenciales de salud pública (doc.)*. CE126/17 (Esp.), abril 2000.

²⁵ Cap II "Marco Referencial Hospitales Comunitarios", serie cuadernos de redes N° 20

Objetivos Específicos

- Incrementar el número de funcionarios de salud, 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, capacitación y fortalecimiento de equipos locales de salud.
- Aumentar la capacidad resolutive de los equipos de salud de Atención Primaria.
- Generar aprendizaje entre pares a través del conocimiento de las experiencias y el desarrollo teórico y práctico

4.4. 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 resolutive 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.

A partir del 2012 cobra relevancia en la programación en red la coordinación con la Autoridad Sanitaria regional, en el marco del plan regional de salud enmarcado en el Plan Nacional de Salud y los Objetivos Sanitarios al 2020.

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 locales.

Una vez concluido, se deberá establecer la brecha entre la capacidad resolutive de la red del Servicio de Saludii y los requerimientos de salud de la población. Las estrategias para abordar esta situación, serán:

- 1.- Reprogramación local de la actividad.
- 2.- Capacitación gestionada o Consultoría (proceso de educación continua de especialistas a médicos APS).
- 2.- Búsqueda de solución en la macro red.
- 3.- Compra de servicios.
- 4.- Evaluación: La evaluación es un proceso que atraviesa cada una de las etapas en el desarrollo y ejecución de la planificación. Permite hacer las modificaciones necesarias con oportunidad y facilita la adecuación del equipo local de salud a éstas.

El equipo considera los mecanismos de monitoreo y evaluación que hace el Servicio de Salud como también los propios mecanismos de evaluación de su trabajo. Para evaluar, se hace uso de instrumentos determinados que requieren previamente registros fidedignos de las actividades realizadas. En este sentido se debe considerar que ante cualquier actividad nueva a implementar, es necesario contar con un sistema de registro formal.

Respecto al Plan de Salud Comunal, en el anexo N°4 se adjunta propuesta metodológica para la Elaboración, Ejecución y Evaluación del Plan de Salud Comunal, dirigido a los Servicios de Salud (Aporte de SS Viña del Mar - Quillota). En relación a la Programación Hospitalaria, en el Anexo N°5 se adjunta documento guía.

Diseño General del Sistema Sanitario en Red

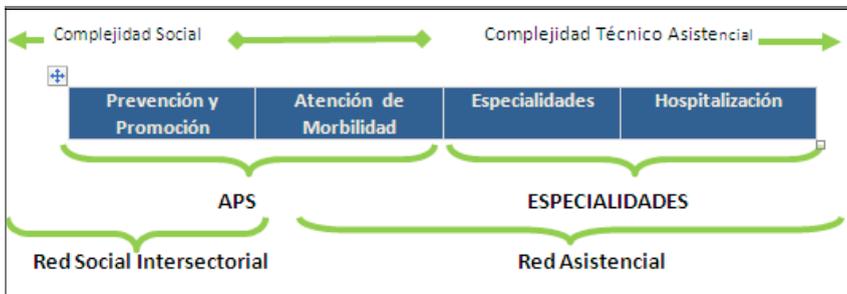


Ilustración 8: Principales Hitos de la Programación definidos en la Ley 19.378

De acuerdo a lo estipulado en la Ley N° 19.378, el Ministerio de Salud deberá comunicar las normas técnicas sobre los programas de salud a través de los respectivos Servicios de Salud, a las entidades Administradoras de Salud Municipal a más tardar el 10 de septiembre del año anterior al de su ejecución.

En ese sentido, los Municipios deben generar anualmente el Plan de Salud Comunal, en armonía con las presentes Orientaciones Programáticas y normas técnicas emanadas del 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 Nº 5: Plan de Salud Comunal, principales hitos definidos en la Ley 19.378.

Actividades/Año 2012	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

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

recomendaciones orientadas hacia estilos de vida saludable para ellas y al grupo familiar; 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:

En la infancia: Los énfasis están en contribuir a una acogida segura y afectuosa a las nuevas personas, en facilitar la adopción temprana de hábitos de vida saludables que les garanticen una vida sana a través de su ciclo vital, en facilitar tratamiento a aquellos/as que nacen con problemas de salud, en apoyar a la familia en la crianza, en ofrecer acciones de prevención de enfermedades infecciosas, accidente domésticos y maltrato, en detectar tempranamente las enfermedades más frecuentes y en realizar actividades para el seguimiento y el desarrollo psicosocial de los niños y niñas

En la adolescencia

Es fundamental una atención diferenciada e integral, respetuosa y confidencial que incentive y apoye las conductas protectoras de la salud y el auto cuidado, promueva el respeto para sí mismo y para los demás y facilite el logro de las tareas del desarrollo, en particular de la identidad adolescente, de manera que ellos y ellas se integren a la sociedad, como sujetos de derechos, conscientes de sus deberes. El perfil de morbimortalidad en esta etapa está estrechamente asociado a las desigualdades sociales, así como, a conductas de riesgo/protección, por lo tanto, a causas prevenibles, dándose los principales problemas en siete ámbitos: la Salud Mental (violencia, incluido el abuso sexual; consumo problemático de tabaco, alcohol y drogas, depresión, intentos y actos suicidas); Salud Nutricional (sobrepeso y obesidad y trastornos alimentarios) y estilo de vida (sedentarismo); la Salud sexual y reproductiva (embarazo no planificado, ITS/SIDA) Discapacidad, Enfermedades crónicas y oncológica, Salud dental. En cuanto a la mortalidad, éstas se relacionan principalmente con causas externas (accidentes, homicidios y suicidios)

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 ellas²⁶ 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

²⁶ Organización Mundial de la Salud

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, 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.

4.5. 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.

4.6. 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		
Odontólogo/a		
Químico - Farmacéutico/a		
Enfermero/a		
Matrón/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 2012 SERVICIO DE SALUD																		
ALINIAMENTOS ESTRATÉGICOS	ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN	OBJETIVOS EDUCATIVOS	NUMERO DE PARTICIPANTES POR CATEGORIA							NÚMERO DE HORAS PEDAGOGICAS	FINANCIAMIENTO							
			Profesionales Ley	Otros Profesionales	Técnicos Nivel Superior	Técnicos de Salud	Administrativo	Salud	Auxiliares Servicio de Salud		TOTAL	ITEM CAPACITACIÓN	FONDOS MUNICIPALES	OTROS FONDOS	TOTAL PRESUPUESTO ESTIMADO			
TOTALES																		

F. PROPUESTA PLAN DE TRABAJO “PROCESO PROGRAMATICO AÑO 2012

ETAPA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESPONSABLE
1 IMPLEMENTACIÓN ORIENTACIONES PROGRAMATICAS 2012	Implementar proceso programático de la red asistencial año 2012	100% de las comunas recepcionan las O. Programáticas año 2012	<p>Lanzamiento de las Orientaciones Programáticas por el MINSAL en videoconferencia.</p> <p>Recepción de O.P. desde el Minsal.</p> <p>Envío de las O. P al Nivel local, incluyendo las orientaciones específicas de los Programas del ciclo vital y transversales.</p> <p>Planificación Ejecución y Evaluación del Taller de Programación año 2012.</p> <p>Reuniones de trabajo de Microrredes territoriales (programación en red)</p> <p>Presentación programa en Red en el CIRA.</p>	<p>Nº comunas que recepcionan las O.P año 2012/ Nº total de comunas</p> <p>Taller realizado Si / No</p> <p>Existencia de documento programación en red por microrredes Si/No</p>	<p>Dirección SS</p> <p>Jefa de Programas y APS</p> <p>Encargado de Programas Ciclo vital y transversales</p> <p>Equipo de Programas - APS</p> <p>Subdirección Gestión asistencial/Equipo de Programas - APS</p>
ETAPA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESPONSABLE
2 APOYO Y ASESORIA A EQUIPOS DE SALUD ESTABLECIMIENTOS APS Y HMC	2- Facilitar el proceso programático de los equipos de salud de la red asistencial año 2012	<p>100% de los PSC recepcionados al 30 de noviembre del 2011</p> <p>100% de la Programación por establecimientos de Salud recepcionados al 30 de diciembre del 2011</p> <p>100% de los PSC revisados y con informe técnico enviado a los Alcaldes</p>	Control y monitoreo de la recepción de Planes y programación de actividades por área jurisdiccional	<p>Nº de comunas con PSC recepcionados al 30 de noviembre del 2011/ Nº total de comunas</p> <p>Nº de establecimientos de APS con Programación de Actividades recepcionados al 30 de diciembre del 2011/Nº total de establecimientos de APS</p> <p>Nº de comunas con PSC revisados y con Informes técnicos enviados a Alcaldes al 10 de diciembre del 2011/Nº total de comunas</p>	Equipo Encargado de Programas de ciclo vital y transversales

ETAPA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESPONSABLE
3 MONITOREO Y CONTROL	<p>3- Acompañar durante el proceso de ejecución del Plan de Acción a los Equipos de Salud de la red asistencial que lo requieran.</p> <p>4- Mantener monitoreo y control permanente de indicadores trazadores que den cuenta de los procesos planificados en la red asistencial</p>	100% de los indicadores trazadores monitoreados y controlados mensualmente	<p>Diseñar Pauta de Control y monitoreo del proceso.</p> <p>Definir indicadores trazadores a monitorear año 2012 Metas sanitarias, IAAPS, metas de convenios.</p> <p>Solicitar al Subdepartamento de Control de la Gestión la información de los indicadores trazadores</p> <p>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</p>	<p>Existencia de documentos Pautas de Control y Monitoreo Si/No</p> <p>Indicadores definidos Si/No</p> <p>Indicadores trazadores monitoreados y controlados mensualmente Si/No</p> <p>Nº de visitas realizadas/Nº Visitas programadas.</p>	<p>Equipo de Programas – APS</p> <p>Equipo de Programas - APS</p> <p>Jefatura Programas – APS</p> <p>Equipo de Programas - APS</p>
ETAPA	OBJETIVO	META	ACTIVIDADES	INDICADOR	RESPONSABLE
4 EVALUACIÓN	5- Evaluar el proceso programático año 2012 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 2011 -AÑO 2012:

Nº	ETAPAS	ACTIVIDADES	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE		
1	IMPLEMENTACION ORIENTACIONES PROGRAMATICAS 2012	1. Recepción de O.P. desde el Minsal	X												X					
		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 2012		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 2012			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				
4	EVALUACIÓN PROCESO PROGRAMATICO	11. Reuniones de evaluación por área jurisdiccional								X			X		X					

Informe Técnico: Plan de Salud Comunal y Programación de Actividades Año 2012

I. IDENTIFICACION

COMUNA _____

II. FECHAS

- RECEPCIÓN DEL PLAN DE SALUD COMUNAL (PSC): _____
- RECEPCIÓN PROGRAMACIÓN DE ACTIVIDADES: _____
- FECHA REVISIÓN POR SERVICIO DE SALUD: _____
- 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 2012

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 2012

PLANTILLA DE REVISIÓN DE PLAN DE SALUD COMUNAL

COMUNA: _____

ASPECTOS DEL PLAN DE SALUD	PRESENTES			OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
	SI	NO	PARCIAL	
1. DIAGNOSTICO DE SITUACIÓN COMUNAL				
1.1 DESCRIPCIÓN DEL NIVEL O SITUACIÓN DE SALUD A TRAVÉS 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
	SI	NO	PARCIAL	
PLAN DE ACCION CUIDADOS DE SALUD DE LA POBLACION				
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)				
✓ 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 Usuaría, Gestión de Solicitudes Ciudadanas, Cartas de Derechos, otras)				
MODELO SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO				
CALIDAD TÉCNICA, EFICACIA, EFICIENCIA, SATISFACCIÓN USUARIA				
✓ DETERMINA ACTIVIDADES FRENTE A CADA PROBLEMA PRIORIZADO CONSIDERANDO: ACCIONES DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA				
ACCIONES DE CARÁCTER 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				
SALUD OCUPACIONAL DE LA POBLACION				
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:

4.7. Preguntas frecuentes para la Planificación y Programación en Red

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 2º).

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. 59º de la ley 19378 y desde el artículo 16º al 28º 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 57º 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 49º de la Ley Nº 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. 50º la Ley Nº 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 53º 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 60º.

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 56º, 57º 58º 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 Nº 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 Nº 2296 de la Ley 19378 establece desde los artículos 11º al 28º 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 3º al 9º 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 3º al 9º 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, 11º y 12º, 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 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 56º.

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 Diagnóstico 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. 44º. Señala que el personal está sujeto a un proceso de calificación que tendrá el carácter de formativa y el artículo 48º 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.

4.8. GLOSARIO

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 etéreos. 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.

RENDIMIENTO:

Número de actividades de un tipo que se deben ejecutar por hora.

V. Matriz de Cuidados de Salud a Lo Largo de la Vida

5.1 SALUD MATERNO – PERINATAL

La mayoría de los problemas de salud de las mujeres son evitables, por lo cual el énfasis en las acciones de salud debe centrarse en la promoción, la prevención y la integralidad, para dar debida respuesta a las necesidades propias de cada etapa del ciclo vital. La atención integral de salud debe ser eficiente, eficaz y oportuna, dirigida más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental, y como seres sociales pertenecientes a una familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Prevenir ocurrencia del Parto Prematuro (Guía GES 2010)	Control Preconcepcional Recomendación	5 % de las mujeres en edad fértil	Nº de controles preconceptionales/Nº total de mujeres en edad fértil*100	REM
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	Nº de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ Nº Total de embarazadas con alta odontológica) x100	REM 09
Detección de Depresión en el Embarazo y postparto (protocolo en elaboración)	Aplicar Pauta de Edimburgo al ingreso a control prenatal, a las 32 semanas de gestación y en el primer control madre/hijo en APS	El 90% de las gestantes al ingreso, a las 32 semanas de gestación y en el primer control madre/hijo en APS	1)Nº de gestantes al ingreso, con puntaje según pauta aplicada/Nº total de ingresos a control prenatal*100 2)Nº de gestantes 32 semanas en control con pauta aplicada/Total bajo control*100 3)Nº de controles madre/hijo en APS antes de los 10 días con pauta aplicada/Nº total de partos de su localidad*100	Se incorporará REM 2012
	Visita domiciliaria integral a las madres en tratamiento por depresión postparto para evaluar las condiciones familiares.	100% de las madres inscritas que presentan depresión postparto reciben visita domiciliaria integral y elaborar plan de atención según corresponda.	(Nº de madres inscritas con depresión postparto que reciben VDI/ Nº Total de madres inscritas con depresión postparto) *100	SIGGES REM P6
Pesquisar, dar respuesta y seguimiento a mujeres gestantes con drogadicción y alcoholismo	Detección en ingreso a control prenatal, dar respuesta. Plan de seguimiento	100% de gestantes al ingreso a control prenatal	Nº de gestantes detectadas con respuesta y seguimiento por drogadicción y alcoholismo/Nº total de ingresos*100	Incorporar REM 2012 Salud Mujer y Salud Mental
Evaluación integral de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas	Control de salud de la mujer que ha presentado un aborto y otras pérdidas reproductivas, antes de los 15 días del alta y entregar consejería en RF. Prevención aborto	100% de las mujeres, según referencia del Servicio de Obstetricia y Ginecología	Nº de controles de mujeres postaborto y otras pérdidas reproductivas/Nº total de mujeres postaborto y otras pérdidas reproductivas*100	REM 2012
Disminuir la transmisión vertical de la sífilis	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas en control acceden a tamizaje para sífilis	(Nº de gestantes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato con VDRL o RPR tomado durante el control prenatal/ Nº de gestantes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato) x100	REM - A05 REM- A11 REM - A 24

Disminuir la transmisión vertical de la sífilis	Confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento hasta el parto a casos que corresponda de acuerdo a normativa vigente	100% de las gestantes con VDRL (+) son diagnosticadas, tratadas si corresponde y seguidas de acuerdo a Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS	(Nº 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:
	Citación – Visita domiciliaria a gestantes con VDRL (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda, asegurando la confidencialidad.	100% de gestantes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda. son visitadas -citadas	(Nº visitas – 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 x100	-Auditorias de caso Registros de actividad: -Por establecimiento y- consolidado del Servicio de Salud.
Complicaciones asociadas a la sífilis Congénita.	Citación y referencia de recién nacidos tratados por sífilis congénita al momento del parto en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control de acuerdo a normativa vigente al establecimiento definido en cada red de atención	100% de los recién nacidos tratados al momento del parto por sífilis congénita en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control son citados - derivados para finalizar estudio y seguimiento.	(Nº de RN tratados al momento del parto y recién nacidos en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control citados -derivados/ Nº total de RN tratados al momento del parto por sífilis congénita en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control) x 100	Registros de actividad: por establecimiento y Consolidado Servicio de Salud Evaluación: Auditorias de caso
Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes	80% gestantes en control participan en taller para gestantes	Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales/ Nº total gestantes que ingresan a control prenatal) x 100	REM 27 REM P01 Informe de evaluación
Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.	Difusión, por medios locales y las redes comunitarias de Promoción de Salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañada en sus controles prenatales y en el parto.	Aumento del % de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas.	(Nº de controles prenatales con acompañante/ Nº Total de controles prenatales realizados) x 100	REM 01
Aumentar el número de mujeres gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de VIF	Derivación efectiva de mujeres en quienes se ha detectado sospecha de Violencia Intrafamiliar (VIF) al “Programa de Atención Integral para Mujeres que viven VIF En Establecimientos de Atención Primaria” del establecimiento.	Al 20% de gestantes derivadas por sospecha de VIF se le realiza entrevista diagnóstica en el programa VIF de APS del establecimiento.		REM 27 Registro local
Seguimiento de gestantes con riesgo psicosocial	Visita Domiciliaria Integral por matrona a gestantes y familia en riesgo psicosocial, según evaluación matrona y/o del equipo de cabecera	90% de las gestantes con riesgo psicosocial con VDI.	Nº de gestantes en riesgo psicosocial con VDI realizada/ Nº Total gestantes en riesgo psicosocial evaluadas por el equipo de cabecera X 100	

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la transmisión vertical del VIH y las ITS en gestantes.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo. Confirmación, diagnóstica tratamiento y seguimiento hasta el parto en casos que corresponda de acuerdo a normativa vigente.	100% de las embarazadas en control acceden a tamizaje para VIH y las ITS.100% de las gestantes con VDRL (+) son diagnosticadas, tratadas si	(Nº de gestantes que acceden a tamizaje para VIH y las ITS/ Nº total de gestantes bajo control) (Nº gestantes con VDRL (+) tratadas y seguidas/ Nº total de gestantes con VDRL (+)) x100	REM A 05 REM A 11 REM A 24 Vigilancia epidemiológica ENO, Vigilancia de sífilis congénita en embarazada y recién nacido.
	Consejería para VIH a gestantes Oferta de Test VIH Citación visita domiciliaria a gestante VIH (+) inasistente a control de embarazo para derivación al programa de VIH/SIDA, asegurando la Respectiva confidencialidad.	100% de las gestantes que aceptan realizarse el test reciben consejería pre y post test para detección de VIH/SIDA corresponde y seguidas de acuerdo a Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS	(Nº de consejerías pre test para VIH en gestantes/ Nº total de embarazadas en control) x 100 (Nº de gestantes que reciben consejería pre - test de detección para VIH o Test Rápido para VIH durante el parto/ Nº Total gestantes que acceden a Test de detección para VIH o Test Rápido para VIH en el pre parto) x 100 (Nº de gestantes que reciben consejería post - test de detección para VIH o Test Rápido para VIH durante el parto/ Nº total gestantes que acceden a Test de detección para VIH o Test Rápido para VIH en el pre parto) x 100	ENO
Vigilar el aumento de peso excesivo y por déficit, durante la gestación.	Consulta nutricional de gestantes con malnutrición por exceso y por déficit.	100% Cobertura de consulta nutricional en gestantes con Malnutrición por exceso.	(Número de gestantes con malnutrición por exceso bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por exceso)* 100 (Número de gestantes con malnutrición por déficit bajo control, con consulta nutricional/ Nº total de gestantes con malnutrición por déficit)* 100	REM P01 Incluir en REM calculo Numerador y Denominador
Recuperar la condición nutricional pre gestacional (peso) al 6º mes post parto (EINCV).	Evaluación nutricional de mujeres al 6º mes post parto 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 6º mes post parto. Recuperar el peso de las mujeres con déficit en control de 6º mes (Instancia para obtener datos de esta meta, es en el control del 6º mes del niño).	(Nº de mujeres con obesidad y sobrepeso en el control 6º mes posparto/ Nº total de mujeres controladas de 6º meses post parto) x 100	REM 03

SALUD MATERNO PERINATAL – META IMPACTO OBJETIVOS SANITARIOS 2011-2020				
Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
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
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
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
Aumentar el número de madres y familias que reciben apoyo para una vinculación y apego seguro y fomentar la lactancia materna 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, que reciben apoyo para apego seguro y lactancia materna.	(N° de puérperas y recién nacido con control de salud antes de los diez días de vida / N° total de partos) x 100 (N° de puérperas que dan lactancia exclusiva en control/ N° Total de puérperas en control) x 100	REM A 01 REM 05
Disminuir la transmisión de madre a hijo de la Enfermedad de Chagas	Tamizaje y confirmación de la infección por <i>T. cruzi</i> en las gestantes con factores de riesgo para la E. de Chagas.	Aumentar 30% las gestantes en control prenatal y factores de riesgo con tamizaje para la infección por <i>T. cruzi</i> 100% de las gestantes bajo control y tamizaje reactivo con confirmación diagnóstica para la infección por <i>T. cruzi</i> .	N° de gestantes con factores de riesgo con tamizaje de la infección por <i>T. cruzi</i> /N° total de gestantes con factores de riesgo para la E. de Chagas bajo control x 100. N° de gestantes control y tamizaje reactivo con confirmación diagnóstica para la infección por <i>T. cruzi</i> /N° total de gestantes bajo control con factores de riesgo y tamizaje reactivo para la infección por <i>T. cruzi</i> x 100.	Registro local

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
----------	-----------	------	-----------	----------------------

<p>Detectar a través de la pauta de Edimburgo la depresión en mujeres con mortinato, mortineonato y post aborto.</p>	<p>Aplicar Pauta Edimburgo en mujeres con mortinatos, mortineonatos, dar respuesta y seguimiento si corresponde.</p> <p>Aplicar Pauta Edimburgo en mujeres en control post aborto, dar respuesta y seguimiento si corresponde.</p>	<p>100% de mujeres con mortinato, Mortineonato y post aborto atendidas, se aplica Pauta Edimburgo, dar respuesta y seguimiento si corresponde.</p>	<p>(N° de mujeres con pauta aplicada en mujeres con mortinato, mortineonato / N° de mujeres con mortinatos, mortineonato) *100</p> <p>(N° de pautas aplicadas a mujeres post aborto/ N° total de mujeres con control post aborto)*100</p>	<p>Registro local</p>
<p>1) Aumentar el número de mujeres adultas sanas y con enfermedades crónicas, que ingresan y controlan su regulación de fertilidad</p>	<p>1) Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) Ingreso y control en regulación de la fertilidad.</p>	<p>100% de mujeres que soliciten servicios de atención de salud sexual y reproductiva, especialmente con criterio predictivo de aborto inseguro, reciben consejería e ingresan a control de regulación de la fertilidad.</p>	<p>(N° de mujeres en edad fértil sanas inscritas que reciben consejería en SSR / N° Total de mujeres en edad fértil inscritas) X 100</p> <p>(N° de mujeres en edad fértil enfermas crónicas inscritas que ingresan a control de regulación de la fertilidad/ N° Total de mujeres en edad fértil con enfermedades crónicas inscritas) X 100</p> <p>(N° mujeres en edad fértil bajo control/ N° mujeres en edad fértil inscritas) x 100</p>	<p>REM P</p>
<p>2) Aumentar la cobertura en consejería de salud sexual y reproductiva, especialmente en mujeres con criterio predictivo de aborto inseguro</p>	<p>2) Detectar riesgo aborto inseguro, según criterio predictivo.</p>	<p>Establecer línea de base</p>	<p>(N° de mujeres en edad fértil con criterio predictivo de aborto con Consejería SSR/ N° Total de mujeres en edad fértil) X 100</p>	

2) En el criterio de predictivo de aborto inseguro, se clasificó como Alto Riesgo a aquellas mujeres cuya probabilidad de hacer aborto fue superior a la proporción muestral observada. Resultaron 1.911 mujeres con esta posibilidad. El criterio de predictivo se clasificó como Alto Riesgo: A través de un análisis multivariado se detectaron 9 variables predictivas de aborto: adolescentes, edad menor de 35 años; convivencia permanente o reciente; sin esterilización quirúrgica; uso previo de métodos inseguros como lavado vaginal, calendario, condón o coito interrumpido; menos de 20 años de matrimonio; convivencias previas a pareja actual; sin uso de DIU; vivienda en cité, media agua o rancho y 3 a 10 hijos vivos y el último menor de 5 años.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
<p>Aumentar la cobertura del control de salud de la mujer en etapa de climaterio(45 a 64 años)</p>	<p>Control de salud de la mujer en etapa de climaterio</p> <p>Difusión de orientación escrita de esta etapa en el ciclo de vida de la mujer</p>	<p>2% aumento de cobertura</p>	<p>N° de mujeres en control de salud en etapa de climaterio/N° de población inscrita de 45 a 64 años*100</p>	<p>REM</p>
<p>Objetivo</p>	<p>Actividad</p>	<p>Meta</p>	<p>Indicador</p>	<p>Fuente del indicador</p>

Evaluar calidad de vida de la mujer en etapa de climaterio	Aplicar instrumento MRS ²⁷ en mujer climatérica en control de salud cada 6 meses	90% de las mujeres con instrumento aplicado	N° de mujeres en control de salud en etapa de climaterio con MRS aplicado/N° total de población inscrita de mujeres de 45 a 64 años en control de salud*100	REM 2012
	Evaluar número de mujeres en control con puntaje elevado MRS	Establecer línea de base	N° de mujeres en control con MRS aplicado con puntaje elevado/N° de mujeres en control con MRS aplicado*100	REM 2012
	Aplicar terapia hormonal de reemplazo a mujeres de 45 a 64 años que lo requieran, según MRS	Establecer línea de base	N° de mujeres en control con MRS aplicado que reciben terapia hormonal de reemplazo /N° de mujeres en control con MRS aplicado, que requieren terapia hormonal de reemplazo*100	REM 2012

5.2 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 diada 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 con apoyo 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 <i>Programación local</i>
Promover acciones de estilos de vida saludable y del desarrollo integral de niñas y niños	Realizar actividades de promoción con apoyo de la "Guía para una vida saludable I y II en el entorno educacional y espacios comunitarios	Realizar a lo menos 5 actividades de promoción sugeridas en la guía en el entorno educacional y espacios comunitarios.	Nº de actividades realizadas / Nº de actividades programadas * 100	REM A19 Sección B
Promover que las niñas y los niños participen en actividades grupales vinculadas a alimentación saludable y/o actividad física.	Difundir la oferta pública comunal y barrial en relación a actividades grupales vinculadas con alimentación saludable y/o actividad física.	Programación local Línea base	Nº de personas que participan en actividades de difusión en relación a la oferta pública de actividades grupales vinculadas a alimentación saludable y/o actividad física	REM A19 Sección B

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital	Incorporar consejos breves en alimentación saludable y actividad física en todos los controles del niño sano. (Basados en las Guías para una Vida Saludable).	100% de los controles de niños sano se entregan consejos breves en alimentación saludable y actividad física basados en las Guías para una Vida Saludable.	(Nº de controles de niño sano con consejos breves en alimentación saludable y actividad física/ Nº total de controles del niño sano)*100	Informe de supervisión en al menos un establecimiento por Servicio de Salud.
	Incorporar consejos breves en alimentación saludable y lactancia materna en todos los controles de la gestante. (Basados en las Guías para una Vida Saludable y en el Manual de Lactancia Materna 2010).	100% de los controles de la gestante se entregan consejos breves en alimentación saludable y lactancia materna basados en las Guías para una Vida Saludable y en el Manual de Lactancia Materna 2010.	(Nº de controles de la gestante con consejos breves en alimentación saludable y lactancia materna/ Nº total de controles de la gestante)*100	Informe de supervisión en al menos un establecimiento por Servicio de Salud.
	Talleres grupales teórico prácticos de consejería en actividad física familiar, basados en las Guías para una vida Saludable.	50% de los niños bajo control entre 3-6 años participan de un taller.	(Nº de niños/as de 3-6 años de edad que participan en un taller durante el año/ Nº Total de niños/as de 3-6 años de edad bajo control)* 100	REM D 19 Se solicitó incorporación al DEIS.
	Consulta nutricional individual o grupal al 5º mes de vida, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes; con énfasis en las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	80% Cobertura de consulta nutricional individual o grupal al 5º mes de vida del menor bajo control, con refuerzo en lactancia materna exclusiva y educación en introducción correcta de sólidos a partir del 6º mes; con énfasis en las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia	Nº de niños/as con consulta nutricional individual o grupal del 5º mes de vida/ Nº Total de niños/as bajo control del menor de un año (niños(as) de 6 a 11 meses) x 100	REM P 2
	Consulta nutricional individual o grupal con componente salud bucal a los 3 años 6 meses de vida y refuerzo de guías alimentarias y de actividad física; según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	50% Cobertura de consulta nutricional individual o grupal con componente salud bucal a los 3 años y 6 meses de vida del menor bajo control con refuerzo de guías alimentarias y de actividad física; según las Guías de Alimentación del Niño Menor a 2 Años hasta la Adolescencia.	(Nº de niños que asisten a consulta nutricional con componente salud bucal en el control de 3 años y 6 meses/ Nº Total de niños/as de 3 a 4 años bajo control) x 100	REM P 02
	Talleres de capacitación al equipo de salud en alimentación saludable y actividad física	100% del personal que laboran en los centros de excelencia capacitados en Guías alimentarias y Guías para una Vida Saludable.	(Nº de personas que laboran en el Centro de excelencia capacitados/ Nº total del personal que labora en el centro de excelencia)* 100	Registro local
Contribuir a la promoción de hogares libres de contaminación por humo de tabaco	Actividades de sensibilización para impulsar hogares libres de humos de tabaco	Línea base	Nº de actividades de sensibilización para impulsar hogares libres de humos de tabaco	REM A19 Sección B

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 72 meses 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 72 meses bajo control por establecimiento. Lograr que un 5 % de padres, madres y/o cuidadores de niñas y niños menores de 72 meses bajo control ingresen 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 72 meses 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 72 meses bajo control que ingresan a los talleres con metodología Nadie es Perfecto/ Nº total de niñas y niños menores de 72 meses bajo control) x 100	Registro Nacional Nadie es Perfecto REM A 27 P2
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.	Realizar talleres de auto cuidado: Estimulación y normas de crianza a madres padres y/o cuidadores, de niños y niñas menores de 5 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	(Nº de padres y/o cuidadores de niños y niñas bajo control de 0 a 5 años que asisten al Taller de auto cuidado estimulación y normas de crianza/ Nº total de padres y/o cuidadores de niños o niñas inscritos de 0 a 5 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 insistentes 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 100% de los niños/as tienen su control de salud a los 4 años	(Nº de controles de salud de niños de 24 a 47 meses / Total de niños de 24 a 47 meses bajo control) x 100 (Nº de controles de salud de niños de 48 a 59 meses/ Nº Total de niños de niños de 48 a 59 meses) x100	REM A-01, sección B REM P2
		100% de niños menores de 6 años con control de salud al día	(Nº de controles de salud de niños menores de 6 años de edad / N° Total de niños menores de 6 años inscritos) x 100	REM A-01, sección B 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 2011	(Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 28 días a 5 meses/ Total de niños y niñas de 28 a 5 meses bajo control) x 100	REM A-03, sección A
			(Nº de aplicaciones de pautas de observación de la relación vincular realizada al grupo de 12 a 23 meses / Nº Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100	REM P2, sección A REM A-03, sección A REM P2, sección A

Claudia Padilla
Comment: VEI

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
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 neurosensorial	100% niños/as de 1 mes de edad con control de salud con protocolo neurosensorial aplicado	(Nº de aplicaciones de protocolo NS realizadas al grupo de 28 días a 5 meses / Nº Total de niños y niñas de 28d a 5 meses bajo control) x 100 (Nº de niños con evaluación neurosensorial alterada derivados según protocolos/ Nº total de niños de niños con evaluación neurosensorial aplicada en el control del 1er mes) x 100	REM A-03, sección A REM P2, sección A Registro local REM P2, sección A
	Control de salud a los 8 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90% niños/as de 8 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor en el control de salud	(Nº aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor () realizadas al grupo de 6 meses a 11 meses/ Total de niños y niñas de 6 a 11 meses bajo control) x 100	REM A 03, sección A REM P2 , sección A
	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	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 23 meses / Nº Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100 (Nº de niños/as con pauta breve alterada a los 12 meses de edad/ Nº aplicaciones de pauta breve realizadas al grupo de 12 a 23 meses X 100	REM A 03, sección A REM P2, sección A Registro local REM A 03, sección A
	Control de salud a los 18 meses con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor	90% niños/as de 18 meses de edad con aplicación de evaluación de desarrollo Psicomotor (en el control de salud	(Nº Aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor realizadas al grupo de 12 a 23 meses / Total de niños y niñas de 12 a 23 meses bajo control) x 100. (Nº de aplicaciones con resultado alterado (normal con rezago) realizadas al grupo de 18 a 23 meses / Total de aplicaciones realizadas al grupo de 12 a 23 meses x 100	REM 03 sección A REM P2 sección A REM A 03, sección B REM 03 sección A
	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	(Nº de aplicaciones de pauta breve realizadas en el grupo de 24 a 47 meses / Total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) x 100	REM 03, sección A REM P2, sección A
	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.	(Nº de aplicaciones de evaluación de desarrollo Psicomotor (TEPSI) realizadas al grupo de 24 a 47 meses. / Nº Total de niños y niñas de 24 a 47 meses bajo control) x 100	REM 03, sección A REM P2, sección A

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Fortalecer el control de salud del niño/a para la pesquisa de enfermedades prevalentes menor de 10 años	Control de Salud de los 4 y 5 años con énfasis en aplicación screening visual y screening auditivo y presión Arterial	50% de los controles realizados a los niños de 48 a 71 meses con aplicación de Screening visual, auditivo y de presión arterial	(N° de controles de salud de niños de 48 a 71 meses con aplicación de Screening visual, auditivo y de presión arterial / N° Total de niños de niños de 48 8 a 71 meses) x100	Ges preventivo 4 años REM Registro local
	Control de Salud del niño/a en el establecimiento educacional en 1º básico	5 % de los niños de Primero básico de los establecimientos educacionales con controles realizados.	Nº de niños/as inscritos Fonasa con control de salud realizado en el establecimiento educacional/ Total de niños inscritos matriculados	REM Se solicito incorporación al DEIS.
Reducir la carga de enfermedad por inmunoprevenibles.	Administración de la tercera dosis de vacuna Pentavalente Polio Oral y Antineumococica a los 6 meses de edad.	Cobertura comunal de vacunación no inferior a 95%	(N° de vacunas Pentavalente y Polio Oral a los 6 meses de edad / N° Total de niños menores de 1 año de edad de la comuna correspondiente) x 100	REM 13 Proyección de población menor de 6 años por edad simple.
Reducir la carga de enfermedad por primera dosis de vacuna TRIVIRICA al año de edad.	Administración de la vacuna trivírica a los 12 meses de edad.	Cobertura comunal de vacunación no inferior a 95%.	(N° de vacunas trivíricas 1ª dosis administrada a los 12 a 23 meses de edad con/N° de niños de 12 meses de edad de la comuna correspondiente) x 100	REM 13 Proyección de población menor de 6 años por edad simple.
Favorecer la adquisición de hábitos alimentarios saludables y de actividad física, tempranamente, como factores protectores de enfermedades no trasmisibles durante el ciclo vital.	Incorporar consejos breves en alimentación saludable y actividad física en todos los controles del niño sano. (Basados en las Guías para una Vida Saludable).	100% de los controles de niños sano se entregan consejos breves en alimentación saludable y actividad física basados en las Guías para una Vida Saludable.	(Nº de controles de niño sano con consejos breves en alimentación saludable y actividad física/ Nº total de controles del niño sano)*100	Informe de supervisión en al menos un establecimiento por SS.
Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niñas y niños menores de 6 años.	Consulta nutricional a niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso; según la norma para manejo ambulatorio de la malnutrición por déficit y exceso en el niños/as menor de 6 años	100% de cobertura niños/as menores de 6 años bajo control con malnutrición por exceso reciben consejería en alimentación saludable y actividad física.	(Nº de niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ Nº Total de niños/as con malnutrición por exceso) x 100	REM P02 Registro local
	Programa Vida Sana destinado a niños/as mayores de 6 años.	Aumentar el porcentaje de niños/as mayores de 6 años que mejora condiciones cardiovasculares al término de los cuatro meses de intervención.	(Nº de niños/as mayores de 6 años que participan del Programa en Vida Sana (PVS) y que mejoran el Z Score al término de la intervención/ Nº total de niñas/os mayores de 6 años que egresan del PVS) * 100.	REM solicitamos a APS analizar la incorporación Registro propio
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	(Nº de niños/as de 18 meses que asisten a control de salud son evaluados en su salud bucal/ Nº de controles de salud realizados al grupo de de 12 a 23 meses x 100	Registro local REM A01 sección B
	Educación al alta odontológica en mantención de Salud Bucal	100% de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica reciben educación en técnica de cepillado por Odontólogo o Técnico paramédico	Nº de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica que reciben educación en técnica de cepillado / Nº de niños/as de 2, 4 y 6 años con alta odontológica	REM 09 Sección B Sección C

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
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	(Nº de niños y niñas de 3 meses de edad derivadas a examen radiológico de cadera/ Total de niños y niñas de 3 a 5 meses de edad bajo control) x100	Registro SIGGES Registro local P02, sección A
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 ²⁸ 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.	(Nº de RN tratados al momento del parto y lactantes en seguimiento por sífilis congénita inasistentes a control citados - derivados/ Nº 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.	Nº de gestantes que ingresan a educación grupal en prevención de IRA –ERA / total de gestantes bajo control (Nº de madres, padres y /o cuidadores que ingresan a educación grupal en prevención de IRA –ERA / Nº total de niños menores de 3 meses (0-2) bajo control) x 100	REM A27, sección A P1, sección B REM A27, sección A P2, sección A, casillas 12 E Y 12 F

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	(Nº de niños/as evaluados con rezago en su desarrollo sicomotor son derivados a alguna modalidad de estimulación/ Nº Total de niñas y niños menores de 4 años con rezago en su desarrollo sicomotor) x 100	REM A03, sección C

²⁸ Norma General Técnica N° 103, Normas de Manejo y Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual aprobada por Decreto Exento N° 424, del 17 de Julio de 2008 del MINSAL.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar el porcentaje de niños y niñas recuperados de déficit de su desarrollo	Consulta del niño o niña con déficit en su desarrollo psicomotor	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	Nº de niños y niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8 , 18 y 36 meses recuperadas/os / total de Nº de niños y niñas diagnosticadas con déficit en su desarrollo psicomotor en las evaluaciones de los 8 , 18 y 36 meses	REM A03
	Actividades de estimulación en el centro de salud o en la comunidad	90 % de los niños y niñas con déficit (riesgo y retraso) en el DSM ingresan a modalidades de Estimulación del DSM	Nº 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 Nº de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con	REM A27 REM P2
	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 visitas domiciliarias integrales realizadas a familias con niño con déficit de DSM / Total de niñas y niños menores de 4 años diagnosticados con déficit en su desarrollo sicomotor 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 en control menores de un año de edad con resultado de apego inseguro (evitante y/o ambivalente) x 100	Registro local REM A03
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales	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	Registro local
			(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	Registro local

			de 6 años bajo control con sospecha de abuso sexual) x 100	
	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 9 años bajo control con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben visita domiciliaria integral (VDI)	(N° de familias de niños/as menores de 9 años bajo control con diagnóstico de maltrato infantil que reciben VDI / N° Total de familias de niños/as menores de 9 años bajo control por maltrato infantil x 100 (N° de familias de niños/as menores de 9 años bajo control con diagnóstico de abuso sexual reciben VDI N° Total de familias de niños/as menores de 9 años bajo control por abuso sexual) x 100	Registro local REM P6 Registro local REM P6
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales	Intervención psicosocial familiar	90% de familias de niños/as menores de 9 años bajo control y con diagnóstico de maltrato infantil y/o abuso sexual reciben al menos una intervención psicosocial familiar	(N° de familias de niños/as menores de 9 años bajo control y con diagnóstico 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	Registro local
Brindar atención integral y oportuna a niños y niñas con problemas y trastornos mentales	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	Registro local
	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	Registro local REM P6
Detener el aumento de la prevalencia de la malnutrición por exceso (sobrepeso y obesidad) y otros factores de riesgo cardiovascular en la población de niños y niñas.	Consulta nutricional a niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso; <u>según la norma</u>	100% de cobertura niños/as menores de 6 años bajo control con malnutrición por exceso reciben consejería en alimentación saludable y actividad física.	(N° de niños/as menores de 6 años con malnutrición por exceso con consulta nutricional/ N° Total de niños/as con malnutrición por exceso) x 100	REM P02 Registro local
	Programa Vida Sana destinado a niños/as mayores de 6 años.	Aumentar el porcentaje de niños/as mayores de 6 años que mejora condiciones cardiovasculares al término de los cuatro meses de intervención.	(N° de niños/as mayores de 6 años que participan del Programa en Vida Sana (PVS) y que mejoran el Z Score al término de la intervención/ N° total de niñas/os mayores de 6 años que egresan del PVS) * 100	REM solicitamos a APS analizar la incorporación Registro propio

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
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	(Nº de niños de 2 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 2 años inscritos o beneficiarios) x 100 (Nº de niños/as de 4 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 4 años inscritos o beneficiarios) x 100	REM 09 Población per cápita
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	(Nº de niños/as de 6 años con alta odontológica total/ Nº Total de niños/as de 6 años inscritos o beneficiarios) x 100	REM 09 Población per cápita
Disminuir la prevalencia de descompensaciones por enfermedades respiratorias	Educación en reconocimiento de signos y síntomas de riesgo a pacientes con patologías respiratorias crónicas	Aumentar en un 30 % la cobertura de las actividades educativas a población en riesgo.	Nº de madres , padres y/o cuidadores de niños que presentan descompensación en su enfermedad respiratoria que asisten a talleres educativos de prevención IRA / Nº de madres , padres y/o cuidadores de niños que presentan descompensación en su enfermedad respiratoria	Registro local
Contribuir a la disminución de morbilidad 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 infección 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).	(Nº de atenciones de niños menores de 7 meses con dg. de IRA baja/ Nº total de consultas por IRA en pediatría a menores de 7 meses) x 100 (Nº de H.A. en menores de 6 meses/ Nº total de consultas por IRA en pediatría en menores de 6 meses) x 100	Registro local Registro local

Área Estrategia: Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la cobertura de atención de pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pactes. oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística)	Visita domiciliar de profesional kinesiólogo, a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas	Aumentar en 30% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades Crónicas	(Nº de visitas domiciliarias a familias con niños menores de 14 años con enfermedades crónicas respiratorias/ Nº total de niños y niñas menores de 14 años con enfermedades crónicas bajo control) x 100	Registro local REM P3

5.2. 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 inter generacionales positivas y cercanas, de una integración social activa y con equidad de género²⁹. 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 Implementar actividades de promoción de tabaquismo en escuelas.	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. Realización al menos de una actividad en cada escuelas de la comuna de No fumar	(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 (Nº de actividades realizadas en escuelas sobre no fumar/Nº total de escuelas de comuna x 100	REM 19 Sección A. Actividades de promoción para la Salud. REM 27 Educación para la Salud. Rem 19

Área Estratégica: Prevención

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Realizar control anual de salud integral con enfoque anticipatorio y de riesgo a los adolescentes	Control de salud integral anual de adolescentes.	Al menos 5% de los adolescentes entre 10 y 14 años evaluados con ficha CLAP.	(Nº de adolescentes entre 10 y 14 años evaluados / Nº Total de adolescentes de 10 a 14 años inscritos) x 100	REM 03 (sección H) Evaluación de Salud Integral de jóvenes al ingreso. REM 02 (EMP)

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
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/Nº total de actividades planificadas)x100	REM A 19 - Sección AConsejería Antitabaco
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/ Nº total adolescentes bajo control) x100 (Nº de Consejerías en regulación de la fertilidad/ Nº total adolescentes bajo control) x 100 (Nº Adolescentes menores de 15 años controladas con MAC/ Nº 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/ Nº 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/Nº total de gestantes adolescentes que ingresan a las maternidades por causa de aborto, parto o mortinato) x100	REM - A05 REM- A11 REM - A 24

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la transmisión vertical del VIH.	Consejería para VIH a gestantes Oferta de Test VIH ³⁰	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.	90% de los adolescentes bajo control capacitados en el uso correcto de métodos para regulación de fertilidad. 90% 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 19 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

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir las adolescentes con malnutrición durante su gestación	Talleres de auto cuidado (CHCC) Consulta nutricional de gestantes con malnutrición. Evaluación nutricional de mujeres al 6º mes post parto ³¹ 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.	(Nº de gestantes bajo control con consulta nutricional por malnutrición/ Nº total de gestantes con diagnóstico de malnutrición) x 100 (Nº de madres adolescentes 6º mes post-parto controladas por malnutrición/ Nº total de madres adolescentes 6º mes post-parto bajo control) x 100	REM P01 REM A3 Evaluación estado nutricional mujeres controladas al 6º 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.	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.	(Nº de consejería realizadas en adolescentes con problemas de malnutrición en exceso o por déficit/ Nº de adolescentes con problemas de malnutrición derivados) x 100 (Nº de adolescentes que participan en Programa Vida Sana y que mejoran el Z Score al término de la intervención/ Nº total de adolescentes que egresan del Programa Vida sana x 100	REM A19 Consejería (Estilos de Vida-Ac. Física) Incorporar al REM los datos del registro 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	(Nº adolescentes con obesidad que reciben consulta nutricional/ Nº Total de adolescentes con obesidad) x 100 (Nº de adolescentes obesos y con sobrepeso en consejería alimentaria y de actividad física/ Nº total de adolescentes obesos y con sobrepeso) x 100	REM A2 Examen Medicina Preventiva Sección B/según resultado estado nutricional REM A4 Consulta Nutricionista. Sección B 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.	(Nº de adolescentes de 12 años con alta odontológica total / Nº Total de adolescentes de 12 años inscritos o beneficiarios x 100) (Nº 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

31 Esta evaluación debe realizarse en los controles regulares

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
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 ³² .	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.	(Nº de adolescentes con sospecha de trastornos mentales con examen realizado/ Nº total de adolescentes con sospecha de trastornos mentales) X 100	REM A5 Sec. J/ ingreso PSM.
	Examen de salud anual con aplicación de AUDIT	100% de los adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual se les aplica el AUDIT.	(Nº de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual con aplicación del AUDIT/ Nº total de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100	Incorporar registro de adolescentes a los que se les realiza examen
	Intervención Preventiva para adolescentes con consumo riesgoso de alcohol.	90% de los adolescentes con puntaje AUDIT entre 8 y 15 reciben intervención preventiva	(Nº de adolescentes con puntaje AUDIT entre 8 y 15 que reciben intervención preventiva/ Nº total de adolescentes a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100	REM A 06 Incorporar este registro en REM
	Examen de salud anual con aplicación de GHQ12 para detección 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.	(Nº de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual con aplicación de GHQ12/ Nº total de adolescentes inscritos a los que se les realiza el examen de salud anual) x 100	REM A5
	Consulta médica para diagnóstico de depresión	100% de adolescentes con sospecha de depresión detectada en el examen de salud anual, reciben consulta médica para diagnóstico.	(Nº 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 A6

32 Orientación Técnica para Problemas de Salud Mental en Adolescentes 2008.

	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	(Nº de adolescentes con diagnóstico de consumo perjudicial leve a moderado de alcohol y/o drogas que reciben tratamiento en GES Plan Ambulatorio/ Nº 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.	(Nº 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
Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	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	(Nº 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	(Nº de adolescentes de 15 años y más inscritos con diagnóstico de depresión psicótica, bipolar, refractaria, que inician tratamiento y son derivados a especialidad/ Nº de adolescentes de 15 años y más inscritos) X 100	SIGGES REM 6 REM P6
		50% de adolescentes de 10 a 14 años con diagnóstico de depresión reciben tratamiento y derivación según corresponda	(Nº 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	REM 6 REM P6

Brindar atención integral y oportuna a adolescentes con problemas y trastornos mentales.	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 familias de adolescentes de 15 años y más en tratamiento por depresión, reciben VDI y/o Consejería familiar	(Nº 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
	Derivación efectiva de adolescentes con síntomas presuntivos de un primer episodio de EQZ	100% de adolescentes con sospecha de esquizofrenia son derivados a psiquiatra	(Nº adolescentes inscritos con sospecha de primer episodio EQZ derivados a psiquiatra/ Nº Total de adolescentes inscritos) x 100	SIGGES REM 6 REM P6
Aumentar la cobertura efectiva de personas bajo control de hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2.5 % de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de personas hipertensas en control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (64.3%)

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.	Nº de adolescentes con tratamiento MAC/ Nº 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 corresponda de acuerdo a normativa vigente ³³ Citación - Visita domiciliaria a gestantes con VDRL (+) inasistentes para confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento según corresponda,	100% de las gestantes adolescentes con VDRL (+) son diagnosticadas, tratadas si corresponde y monitoreadas de acuerdo a Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS 100% de gestantes adolescentes que no asisten a control para confirmación diagnóstica, tratamiento y monitoreo según corresponda, son visitadas -citadas.	Nº gestantes adolescentes con VDRL (+) tratadas y monitoreadas/ Nº total de gestantes con VDRL (+) X100 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	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.

³³ 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

Objetivos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
	asegurando la confidencialidad.		confirmación diagnóstica, tratamiento y monitoreo) x100	
Disminuir la transmisión vertical del VIH	Derivación de gestantes VIH (+) al programa de VIH/SIDA del Nivel Secundario Citación - Visita domiciliaria a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo para derivación al programa de VIH/SIDA, asegurando la respectiva confidencialidad ³⁴	100 % de las gestantes VIH(+) ingresan al programa de VIH/SIDA 100% de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo son visitadas - citadas para derivación al programa de VIH/SIDA	(Nº de gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/SIDA/ Nº Total de gestantes VIH (+) confirmadas por el ISP) x 100 (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	Registro ISP Registros de actividad: -Por establecimiento y consolidado del Servicio de Salud.
Aumentar el número de adolescentes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial.	Pesquisa de violencia sufrida por adolescentes. Primera respuesta en situaciones de abuso sexual VIF escolar o comunitaria detectada en adolescentes	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 etáreo. 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 etáreo.	(Nº de adolescentes pesquisados con abuso sexual, violencia física o psicológica (VIF)/ Nº total de adolescentes bajo control) x 100 (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	REM A8 (Atención médica asociada a violencia de género) Línea base, registro local
Aumentar el número de adolescentes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial.	Derivación a especialistas y monitoreo de los casos de adolescentes que han sido víctimas de abuso sexual y/o violencia grave.	100% de adolescentes con abuso sexual, violencia grave monitoreados y derivados a especialistas, desagregados por sexo y rango etáreo.	(Nº adolescentes monitoreados y derivados a especialistas con abuso sexual, VIF o violencia grave/ Nº total de adolescentes bajo control)x 100	Línea base, registro local

³⁴ 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.

Objetivos	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del Indicador
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. Aplicación en el control prenatal de ingreso de pauta de detección de riesgo psicosocial	Lograr que al 20% de gestantes derivadas por sospecha de VIF se le realice entrevista diagnóstica en el programa VIF de APS del establecimiento	(Nº de gestantes con sospecha de VIF a las que se les realiza entrevista diagnóstica en programa VIF de APS/ Nº 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
	Detección y consejería a adolescentes gestantes consumidoras de tabaco detectadas en el control prenatal de ingreso	Establecer línea de base	(Nº de adolescentes gestantes fumadoras que reciben consejería antitabaco/ Nº 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.	(Nº de adolescentes gestantes con consumo de OH y/o drogas que reciben consejería motivacional para la suspensión consumo/ Nº total de adolescentes gestantes) X 100 (Nº de adolescentes gestantes con consumo de OH y/o drogas que acuden a entrevista de evaluación equipo derivado/ Nº 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	(Nº de adolescentes con problema y trastornos mental con atención integral y oportuna/ Nº total de adolescentes con Examen de Salud Anual) x 100	REM 06

5.3. 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 (OMS), 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 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 Preventivo 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 15% la cobertura de EMP respecto a lo realizado el 2011.	(Nº de EMP 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 REM A02 , Sección B REM A02 Sección B
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 Total masculina beneficiaria Fonasa

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 15 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 15 y más años bajo control, está en tratamiento con AAS y estatinas	(N° de con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/ (N° total de 15 y más años bajo control con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A*
Aumentar el número de personas compensadas con riesgo CV alto y muy alto	Control de Salud cardiovascular.	Aumentar 5% respecto al año anterior la cobertura de personas compensadas bajo control.	(N° de personas con riesgo CV alto y muy alto compensadas)/ N° total de personas con riesgo CV alto y muy alto) x 100	REM PO 4
Aumentar el número de personas, bajo control por obesidad 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.	(N° de personas obesas bajo control que bajan al menos 5% de su peso inicial/ N° total de personas obesas) x 100 (N° de personas que bajan el 5% o más de su peso inicial / N° Total de personas) X 100	Registro local
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.	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 Sección B*
Aumentar cobertura de personas adultas con hipertensión	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/ 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.	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 / N° total de personas adultas según prevalencia local de diabetes tipo 2 en población beneficiaria) x 100	REM P04; Sección A
Mejorar la compensación de personas de 20 a 64 años no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto	Control de Salud	% de personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial<140/90mmHg colesterolLDL<100mg/dl	N° personas de 20 a 64 años en el PSCV no diabéticas de riesgo CV alto y muy alto riesgo con presión arterial<140/90mmHg colesterolLDL<100mg/dl/(N° total de personas no diabéticas de 20 a 64 años de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100	REMP4 sección A

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la incidencia de amputación de extremidades inferiores en pacientes con diabetes.	Control de Salud: 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 se les realiza una evaluación de los pies. 100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control a las que se les realizó una evaluación de los pies en los últimos 12 meses/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control) x 100 (Nº de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 bajo control con úlceras activas de pie) x 100 (Nº de personas diabéticas con amputación de extremidades inferiores/ Nº total de personas diabéticas bajo control) x 100	REM P04; Sección A REM P04, SECCION A Alternativa QUALIDIAB - Chile. REM P04, SECCION C Registro local Registro local
Promover la asistencia a control preventivo de personas que ejercen el comercio sexual	Control de Salud Sexual ³⁵	70% de las personas ingresadas a control de salud sexual se mantienen en control.	(Nº de personas en control activo (fecha de ingreso correspondiente al periodo)/ Nº 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.	(Nº de consejería pre test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100 (Nº de consejería post test de VIH realizadas en personas de 20 y más años/ Nº total de test Elisa para VIH realizados en personas de 20 y más años) x 100	REM A19, sección A.2 REM A11, sección B.2
Proteger la salud bucal de las gestantes con alto riesgo obstétrico 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 con alto riesgo obstétrico en control en el Centro de Salud.	(Nº de gestantes con alto riesgo obstétrico que reciben Tratamiento de Desinfección Bucal Total/ Nº Total de gestantes con alto riesgo obstétrico bajo control) x 100.	Registro local REM P01

³⁵ 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

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
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	(Nº de gestantes con alta odontológica total que reciben CBT/ Nº Total de altas odontológicas de embarazadas x100	Registro local REM P01
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 Puérpera y Recién Nacido en APS por matrón / 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 matrón/a, antes de los 10 días de vida al 100% de las puérperas y Recién Nacidos del Centro de Salud.	(Nº Control realizados a Puérperas y Recién Nacidos antes de los 10 días de vida/ Nº Total de partos ocurrido en su localidad)* 100	REM A01, sección A – REMA24, sección A
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. Considerar control madre – hijo por matrona como urgencia – dejar cupos liberados para absorber la demanda estimada	100% puérperas y recién nacidos son atendidos por matronas antes de los 10 días de vida.	(Nº de control realizados a puérperas y recién nacido antes de los diez días de vida / Nº total de partos ³⁷) x 100 (Nº de niños/as con lactancia materna exclusiva al control del primer mes / Nº Total de niños/as controlados al mes x 100	REM A 01 REM 05 REM A03 REMA03
Aumentar el número de mujeres adultas sanas y con enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes) , que ingresan y controlan su regulación de fertilidad	Consejería en Salud Sexual y Reproductiva (SSR) Ingreso y control en regulación de la fertilidad	100% de mujeres que soliciten servicios de atención de salud sexual y reproductiva reciben consejería e ingresan a control de regulación de la fertilidad.	(Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres de 20 a 64 años / Nº Total de mujeres en de 20 a 64 años inscritas) X 100 (Nº de consejerías en salud sexual y reproductiva realizadas a mujeres de 15 a 44 años bajo control con enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes / Nº Total de mujeres de 15 a 44 años bajo control con enfermedades crónicas (hipertensión y diabetes)X 100 (Nº de ingresos a control de regulación de la fertilidad/ Nº Total de mujeres DE 15 a 44 años inscritas) X 100	REM A19, sección A1, Población potencialmente beneficiaria APS Municipal REM A19, sección A REM P 04

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

37 Esta evaluación debe realizarse en los controles regulares.

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar el número de mujeres con capacidad de auto cuidado y preparadas para el parto y la crianza, con la participación de su pareja o acompañante ³⁸	Talleres de 4 sesiones para gestantes y acompañantes ³⁹ ChCC	80% gestantes en control participan en taller para gestantes	Nº de gestantes que ingresan a talleres grupales/ Nº total de gestantes que ingresan a control prenatal) x 100 (Nº de gestantes que participo de talleres con capacidad de auto cuidado/ Nº total de gestantes que participo de talleres) x 100	REM 27 REM A05 Registro local REM 27
Estimular el apego y crianza del hijo facilitando que mujeres sean acompañadas por su pareja u otra persona al control prenatal, según su decisión.	Difusión, por medios locales y las redes comunitarias de Promoción de Salud, de los derechos de la mujer durante la gestación, con énfasis en el derecho a estar acompañada en sus controles prenatales y en el parto.	Aumento del % respecto a si mismos de mujeres que asisten a controles prenatales acompañadas por sus parejas o personas significativas.	(Nº de controles prenatales con acompañante/ Nº Total de controles prenatales realizados) x 100	REM 01
Disminuir la prevalencia de descompensaciones por infecciones respiratorias.	Educación en reconocimiento de signos y síntomas de riesgo a pacientes con patologías respiratorias crónicas.	Aumentar en un 30% la cobertura de las actividades educativas a población de riesgo.	(Nº de personas consultantes por descompensaciones respiratorias que asisten a talleres educativos de prevención IRA –ERA / Nº total de personas consultantes por descompensaciones respiratorias x 100	Registro local
Aumentar el nº de mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente en los últimos 3 años	PAP cada 3 años a mujeres de 25 a 64 años (AUGE y EMPA)	Alcanzar un 80% de cobertura de PAP cada 3 años en mujeres de 25 a 64 años.	(Nº mujeres de 25 a 64 años con PAP vigente / Nº Mujeres 25 a 64 años Población Potencialmente Beneficiaria APS)	Citoexpert RECIVAN REM P12

Área Estratégica: Tratamiento

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la cobertura efectiva de personas bajo control de hipertensión (presión arterial inferior a 140/90 mm Hg en el último control).	Control de Salud Cardiovascular: Tratamiento	Al menos 2.5 % de incremento de cobertura efectiva de los hipertensos bajo control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg respecto al año anterior.	Nº de personas hipertensas en control con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (64.3%)
Brindar atención integral y oportuna a personas adultas con problemas de 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	(Nº de personas adultas con problema y trastornos mental con atención integral / Nº total de personas adultas con Examen de Salud Anual) x 100	REM 06 REM A02

³⁹ actividad incorporada CHCC

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años, bajo control con DM II.	Control de Salud con examen de hemoglobina glicosilada (Hb A1 <7)	Incrementar en un 1% la cobertura efectiva de personas de 20 A 64 años con DM II (Hb A1c<7) respecto de lo logrado el año anterior.	(Nº de personas de 20 A 64 años con HbA1c <7% según último control/ Nº total de personas con diabetes tipo 2 según prevalencia ENS 2009-2010 en PSCV) x 100	REM P04; Sección B Alternativa Qualidiab
Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de personas de 20 A 64 años en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad adultos diabéticos en el centro centinela	100% de los 20 A 64 años bajo control en el centro centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.	(Nº de personas de 20 A 64 años diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / (Nº total de AM diabéticos, bajo control en el centro centinela al corte) * 100.	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención / REM P4 Sección A
Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en personas 20 A 64 años	Control de salud	Definir línea base en personas de 20 A 64 años bajo control "no diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl.	(Nº AM no diabéticos bajo control de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (Nº total de 20 A 64 años años bajo control de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A
	Control de salud	Definir línea base en 15 a 64 años bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg	(Nº 15 a 64 años diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA 1c < 7% y PA < 130/80 mmHg, en el último control) / (Nº total de personas diabéticas de 15 y 64 años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A
	Control de salud	Definir línea base en 20 A 64 años bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl	(Nº 20 A 64 años diabéticas bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (Nº total de 15 a 64 diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Detección de VDRL (+) en el control prenatal.	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	REM A 10
Detección de VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	Tamizaje para VIH en personas en control y tratamiento por tuberculosis	100% de personas en control y tratamiento por tuberculosis, se realizan examen de VIH	(Nº de personas en control y tratamiento por tuberculosis, que se realizan examen de VIH/ Nº total de personas en control y tratamiento por tuberculosis.	REM A 10 REM 11
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 de diagnóstico realizadas a mayores de 15 años / Nº total de consultas medicas por patologías respiratorias 100	REM A10, sección A REM A04, sección A
Aumentar el número de mujeres gestantes que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial.	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 aplica la pauta.	(Nº de mujeres gestantes con pauta aplicada/ Nº total de gestantes bajo control) x 100 (Nº de mujeres que reciben apoyo o tratamiento por condiciones de riesgo biopsicosocial/ Nº total de gestantes con riesgo sicosocial aplicada) x 100	REM A03 REMA01 Registro local REM P01, sección B
	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.	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.	(Nº de gestantes con sospecha de VIF a las que se les realiza entrevista diagnóstica en programa VIF del establecimiento/ Nº total de gestantes que presentan violencia de género x 100	Registro local REM P01 REM A26
	Visita Domiciliaria Integral por matrona a gestantes y familia en riesgo psicosocial, según evaluación matrona y/o del equipo de cabecera.	90% de las gestantes con psicosocial con VDI.	Nº de VDII realizadas a familias con gestantes en riesgo psicosocial /Nº Total gestantes en riesgo psicosocial X 100	REM P01

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir la transmisión vertical del VIH y las ITS en gestantes.	Tamizaje para sífilis durante el embarazo.	100% de las embarazadas en control acceden a tamizaje para VIH y las ITS.	(Nº de gestantes con detección, sospecha, Screening de VIH / Nº total de gestantes bajo control)	REM A 05 REM A 11
	Confirmación, diagnóstica tratamiento y seguimiento hasta el parto en casos que corresponda de acuerdo a normativa vigente.	100% de las gestantes con VDRL (+) son diagnosticadas, tratadas si corresponde y seguidas de acuerdo a Norma de Manejo y Tratamiento de las ITS	Nº de gestantes con detección, sospecha, Screening de ITS excluida VIH / Nº total de gestantes bajo control) (Nº gestantes con VDRL (+) tratadas y seguidas/ Nº total de gestantes con VDRL (+)) x100	REM A 05 REM A 11 Vigilancia epidemiológica ENO, Vigilancia de sífilis congénita en embarazada y recién nacido.
	Consejería para VIH a gestantes Oferta de Test VIH	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 en control) x 100	REM A19, sección A REM A05
	Citación visita domiciliaria a gestante VIH (+) inasistentes a control de embarazo para derivación al programa de VIH/SIDA, asegurando la respectiva confidencialidad.	100% de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo son visitadas – citadas para derivación al programa de VIH/SIDA	(Nº visitas – citas domiciliarias efectivas realizadas a gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo/ Nº total de gestantes VIH (+) inasistentes a control de embarazo) x 100	Registro de actividades em: Establecimientos Consolidado SS
	Derivación de gestantes VIH (+) al programa de VIH/SIDA	100 % de las gestantes VIH(+) ingresan al programa de VIH/SIDA	(Nº de consejerías post – test para VIH en gestantes/ Nº total de embarazadas en control) x 100	REM A19, sección A REM A05
			(Nº gestantes que se realizan el test de detección para VIH/ Nº totales de embarazadas) x 100	REM A19, sección B.2 REMA05
			(Nº de gestantes VIH (+) ingresadas al programa VIH/SIDA/ Nº total de gestantes VIH (+) confirmadas por el ISP) x 100	REM A19, sección B.2 REM A19, sección B.2
	Consejería en el pre parto a gestantes que no se hayan realizado el examen en control prenatal.	100% de las gestantes que no se hayan realizado el examen en control prenatal reciben consejería pre y post test para oferta del Test de Elisa o Test Rápido, en el pre parto.	(Nº de gestantes que reciben consejería pre - test de detección para VIH o Test Rápido para VIH durante el parto/ Nº Total gestantes que acceden a Test de detección para VIH o Test Rápido para VIH en el pre parto) x 100	REGISTRO EN MATERNIDAD
Consejería post test a gestantes que se realizan el examen en el pre parto.		(Nº de gestantes que reciben consejería post - test de detección para VIH o Test Rápido para VIH durante el parto/ Nº total gestantes que acceden a Test de detección para VIH o Test Rápido para VIH en el pre parto) x 100	REGISTRO EN MATERNIDAD	

Objetivo	Actividades	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Detectar co - infección VIH/ TBC	Consejería para VIH a las personas con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años ⁴⁰ Solicitud de Rx de Tórax, BK y PPD a personas VIH (+) en control. ⁴¹	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	(Nº Consejerías para VIH a casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar ⁴² / Nº total casos nuevos con TBC pulmonar o extra pulmonar >15 años y < de 49 años) x 100. (Nº 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/ Nº total de casos nuevos de TBC pulmonar o extra pulmonar en personas >15 años y < de 49 años en control) x 100 (Nº de personas VIH (+) con Rx Tórax, BK y PPD/ Nº total de Personas VIH (+) en control) x 100	Registro local REM A10, sección C.
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/ Nº total de gestantes con malnutrición)* 100	REM P01 , sección E REM P01 , sección D
Recuperar la condición nutricional pre gestacional (peso) al 6º mes post parto (EINCV).	Evaluación nutricional de mujeres al 6º mes post parto ⁴³ 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 6º mes post parto. (Instancia para obtener datos de esta meta, es en el control del 6º mes del niño).	(Nº de mujeres con obesidad y sobrepeso en el control 6º mes posparto/ Nº total de mujeres controladas de 6º meses post parto) x 100	REM P01, sección D

⁴⁰ 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

⁴¹ 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

⁴² 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

⁴³ Esta evaluación debe realizarse en los controles regulares

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
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 primigestas gestantes ingresadas a control en el establecimiento.	(N° mujeres primigestas de alta odontológicas totales / N° de gestantes ingresadas a control prenatal) X 100	REM A09 REM A 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 altas odontológica totales en gestantes / total de gestantes bajo control * 100	REM A09 REM A05
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 Altas odontológicas totales de adultos de 60 años total/Total de adultos de 60 años beneficiarios o inscritos en SNSS) x100	REM 09 SIGES Registro Per cápita
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 puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial reciben visita domiciliaria integral.	(N° de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial con VDI realizada/ N° Total de familias con puérperas que en la gestación presentaron riesgo psicosocial) x 100	REM 27 Registro local CHCC
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 2012
	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 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

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Disminuir las muertes de mujeres por cáncer de cuello uterino ⁴⁴	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	(Nº de mujeres de de 25 y 64 años con PAP vigente/ Nº 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.	(Nº de personas con diagnóstico de depresión leve, moderada o grave atendidas con tratamiento integral/ Nº total de ingresos por depresión leve, moderada o grave x 100	SIGGES Registro local REM A06
	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 ⁴⁵	(Nº 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.	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a familias con miembro con diagnóstico de Depresión / Total de pacientes con diagnóstico de depresión bajo control) x 100 y/o Consejería familiar (Nº de consejerías realizadas a familias con miembro con diagnóstico de Depresión / Total de pacientes con diagnóstico de depresión bajo control	SIGGES REM P6 Registros propios Registros propios REM P6
	Sesiones de psicoeducación para comprensión de la enfermedad y fomento del apoyo terapéutico.	50% de familias con miembro con diagnóstico de Depresión bajo control participan en sesiones de psicoeducación	(Nº de familias con miembro con diagnóstico de Depresión bajo control que participan en sesiones de psicoeducación / Total de pacientes con diagnóstico de depresión bajo control)x 100	SIGGES REM P6 Registros propios

⁴⁴ Objetivo Sanitario: Reducción de la tasa de mortalidad estandarizada por cáncer de cuello uterino en un 40% al 2010

⁴⁵ Problema GES

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Brindar atención integral y oportuna a personas entre 20 y 64 años con problemas y trastornos de salud mental y sus familias	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	100% de las madres inscritas que presentan depresión posparto reciben visita domiciliaria integral.	(Nº de madres con diagnóstico de depresión postparto que reciben VDI/ Nº ingresos al programa de salud mental por depresión postparto) *100	Registro local SIGGES REM P6
	Intervención Preventiva o Terapéutica según Guía Clínica a personas de 20 años y más que presentan consumo en riesgo de alcohol u otras drogas Consultoría al equipo de APS para cuidados compartidos por equipo especialidad	100 % de las personas de 20 años más detectados con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas, reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados según corresponda.	(Nº de personas de 20 años y más detectadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas que reciben intervención preventiva, intervención terapéutica o son derivados / Nº total de personas de 20 años y más detectadas con consumo en riesgo de alcohol u otras drogas) x 100.	Registros locales
	Derivación a consulta médica a toda persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico. Consulta médica para confirmación de sospecha de primer episodio esquizofrenia a toda persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico Derivación a especialidad a toda persona con sospecha de primer episodio de esquizofrenia	100% a consulta médica derivación persona con síntomas presuntivos de un episodio psicótico.100% de personas entre 20 y 40 años en los que se sospeche primer episodio de esquizofrenia son derivadas a especialidad.	(Nº personas entre 20 y 40 años con sospecha de primer episodio EQZ que son detectados y derivados/ Total personas entre 20 y 40 años con sospecha de primer episodio EQZ detectadas) x 100	Registro local
Contribuir a la disminución de la morbimortalidad por infecciones respiratorias a través de atención a pacientes crónicos respiratorios.	Controles kinésicos por patologías respiratorias crónicas en sala ERA. Control de urgencia a pacientes en crisis.	Aumentar en un 30% la cobertura a pacientes crónicos respiratorios en atención kinésica en sala ERA Controlar al 100% de los pacientes en crisis respiratorias.	(Nº de controles kinésicos en sala ERA a pacientes crónicos respiratorios de 20 años y mas / total de pacientes crónicos respiratorios de 20 años y más bajo control) x 100 (Nº de intervenciones en crisis respiratorias/ Nº total de consultas de urgencia respiratorias en sala ERA) x 100	REM A23 REMP03 Registro local

Área Estratégica: Rehabilitación

Objetivo	Actividad	Meta	Indicador	Fuente del indicador
Aumentar la cobertura de atención a pacientes en domicilio a portadores de enfermedades respiratorias crónicas (pacientes oxígeno domiciliario, AVNI, Asma, Fibrosis Quística, Epoc)	Visita domiciliar de profesional kinesiólogo a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	Aumentar en 30% la cobertura de visitas a pacientes portadores de enfermedades respiratorias crónicas.	(Nº de visitas domiciliarias realizadas a pacientes con enfermedad respiratorio crónico / Nº total de pacientes con enfermedades respiratorias crónicas bajo control) x 100	Registro local REM P3

5.4. SALUD DEL ADULTO MAYOR, FAMILIA Y CUIDADORAS/ES

El abordaje del proceso de envejecimiento, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque Familiar y Comunitario, está centrado en la funcionalidad, como base fundamental para construir una vida satisfactoria en la vejez. Todos los esfuerzos se orientan a la mantención y/o recuperación de la funcionalidad que se traducirán de manera directa, en una mejor calidad de vida para la población mayor. Lo anterior implica incorporar a la atención del adulto mayor una mirada que incorpore e integre los elementos y principios del Modelo de Atención.

En este entendido, la implementación de un Modelo de Atención basado en el concepto de envejecimiento activo y saludable, sustentado en un enfoque epidemiológico, en la estrategia de atención primaria, la promoción de la salud y el reconocimiento de los derechos de las personas de la tercera edad, podría superar las actuales barreras de acceso a los servicios de salud, mantener la funcionalidad y reducir la discapacidad, morbilidad y mortalidad por causas evitables

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 usuaria, en donde el eje que ordena la atención son las personas, al respecto se recomienda por ejemplo que uno de los controles de salud cardiovascular se destine a realizar el examen de medicina preventiva a todos aquellos adultos mayores que no cuentan con dicho examen vigente. Asimismo, dado que la mayoría de la población bajo control en salud cardiovascular son adultos mayores, se recomienda que sea la misma persona la responsable de la coordinación de ambos. 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 etáreo, 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
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Reuniones con la comunidad para difundir prácticas de alimentación saludable y de actividad física.	Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de Adultos/as mayores que al momento del censo se encuentran en actividad física/ Nº Total de AM inscritos)x100	REM P05, Sección D / Población inscrita validada FONASA
			(Nº de consejerías individuales en actividad física realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas I22 a I31
			(Nº de consejerías individuales en estilos de vida y autocuidado realizadas a personas de 65 y más años / Nº total de AM inscritos) x100	REM A19 Sección A Celdas I12 a I21

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Promover el envejecimiento activo y autocuidado en el adulto mayor.	Promover y difundir en la comunidad la importancia del EMP en el AM como acción de detección precoz del riesgo.	Incrementar al menos en 2 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de Adultos/as mayores autovalentes bajo control/ Nº total de AM bajo control) x 100	REM P05, Sección A
	Detectar e incentivar a AM que se incorporen a actividades grupales, según sus intereses.	Establecer línea base e incrementar en un 5% los AM que participan en OSC	(Nº de AM bajo control que participa en organizaciones sociales y comunitarias/ Nº Total de AM bajo control) x 100.	Registro local
Contribuir a la promoción de hogares libres de humo de tabaco.	Consejería a AM con enfermedades respiratorias crónicas (asma y EPOC).	Incrementar a lo menos en 3 puntos porcentuales respecto a la línea base del año anterior.	(Nº de actividades de promoción en consejería antitabaco/ Nº total de población con enfermedades crónicas respiratorias) x 100	REM 09 Sección A / REM P03 Sumatoria Celdas T12 a W12 + T13 a W13

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
Prevenir la dependencia del AM con factores de riesgo detectados en el EMP del Adulto mayor	Realización Examen de Medicina Preventiva	Incrementar a lo menos en un 15% el EMP del AM respecto al año anterior	(Nº de adultos de 65 y más años con examen de medicina preventiva vigente / población inscrita de 65 y más años)*100	REM A02, sección B/ Población inscrita de 65 y mas años validada por Fonasa
Brindar atención integral y oportuna a AM identificados en riesgo psicosocial	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM con sospecha de maltrato según protocolo local	100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(Nº de AM bajo control con sospecha de maltrato./ Nº de población AM inscrita x 100	REM P05 Sección C Población de 65 años y mas inscrita validada Fonasa
	Intervención Preventiva o Terapéutica en los AM y sus familias que presentan consumo o riesgo de consumir alcohol u otras drogas	100% de AM detectados con riesgo social tienen un plan de intervención y derivación según corresponda.	(Nº de AM bajo control con consumo o en riesgo de consumir alcohol u otras drogas./ Nº de población AM inscrita x 100	REM P06 sección A, celdas P18, 19 y 20 y Q18, 19 y 20

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Mejorar la detección de la enfermedad renal crónica(ERC) en las personas hipertensas o diabéticas (de alto riesgo) de 65 y más años bajo control en PSCV	Aplicar la "Ficha de Prevención de Enfermedad Renal Crónica" a AM en control de salud cardiovascular.	100% de las personas hipertensas o diabéticas de 65 y más años bajo control en PSCV han sido clasificada según etapa enfermedad renal crónica	(Nº de AM hipertensos o diabéticos bajo control, en PSCV, clasificadas según etapa de la ERC en los últimos 12 meses) / (Nº total de AM hipertensos o diabéticos bajo control en PSCV al corte) * 100	REM P4 Sección A* / REM P4 Sección A
Prevenir la progresión de la enfermedad renal crónica en personas diabéticas de 65 y más años en PSCV que presentan microalbuminuria (RAC≥30 mg/grs.)	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas diabética de 65 y más años bajo control en PSCV que presentan microalbuminuria está en tratamiento con IECA o ARA II.	(Nº de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria y tratamiento con IECA o ARA II los últimos 12 meses) / (Nº de AM diabéticos bajo control en PSCV con microalbuminuria al corte) * 100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección B*
Reducir el riesgo de reincidencia de un evento cardiovascular en personas de 65 y más años bajo control en PSCV, con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular.	Control de Salud Cardiovascular	100% de las personas con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular de 65 y más años bajo control en PSCV, está en tratamiento con AAS y estatinas	(Nº de AM con antecedentes de infarto o enfermedad cerebrovascular en tratamiento con AAS y estatinas los últimos 12 meses)/ (Nº total de AM bajo control en PSCV con el antecedente de infarto o enfermedad cerebrovascular al corte) *100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A*
Pesquisa de Tuberculosis en adultos mayores que presenten síntomas respiratorios	Examen de baciloscopia en adultos mayores con síntomas respiratorios	Baciloscopia en el 100% de los adultos mayores con síntomas respiratorios	(Nº de baciloscopias de diagnóstico realizadas en adultos mayores / Nº total de consultas de morbilidad)*100.	REM A10 Sección A,/ REM A04 Sección A, celda B10
			(Nº de bacilos copias de diagnóstico realizadas en adultos mayores / Nº total de controles de salud)*100.	REM A10 Sección A,/ REM A01 Sección B, celda T29 a T33
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	Incrementar en un 50% la Cobertura comunal de vacunación alcanzada el año anterior.	(Nº de personas de 65 años vacunadas/ Nº Total de personas de 65 años de la comuna) x 100	REM C13 Población inscrita validada Fonasa

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar la cobertura de Personas mayores de 70 años que retiran PACAM	Citación a domicilio para entrega de alimentos PACAM. Talleres de demostración de preparación de alimentos PACAM.	Aumentar en 10% la cobertura respecto al año anterior de personas mayores de 70 años que reciben PACAM.	(Nº de personas mayores de 70 años que reciben PACAM/ Nº total de personas mayores de 70 años bajo control) x 100	REM 16, sección B REM P05, sección A
Aumentar la cobertura de la población bajo control con HTA en personas de 65 y más años	Detección de personas hipertensas a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 10% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con hipertensión bajo control	(Nº de personas adultas mayores con hipertensión, bajo control en PSCV/ Nº total de personas mayores hipertensos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)
Aumentar la cobertura de población bajo control con DM2 en personas de 65 y más años.	Detección de personas con DM2 a través del EMPAM, consulta de morbilidad u otros.	Incremento de a lo menos un 10% respecto al año anterior de cobertura de personas adultas mayores con DM2 bajo control	(Nº de personas adultas mayores con DM2, bajo control en PSCV/ Nº total de adultos mayores diabéticos esperados según prevalencia) x 100	REM P04; Sección A, F y G Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)

* Supeditado a modificación en los respectivos REM el año 2012

Área Estratégica: Tratamiento

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar el número de personas que reciben rehabilitación integral con base comunitaria.	Organizar grupos de AM para realizar actividades de rehabilitación.	Incrementar en un 3% con respecto al año anterior	(Nº de AM integrados a grupos de rehabilitación/ Nº total de AM bajo control) x 100	REM A28 Sección A celdas G12 a G16 REM P05, sección A
Aumentar la cobertura efectiva de personas con PA inferior a 140/90 mm Hg en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 2,5% de incremento de cobertura efectiva de hipertensos con PA <140/90 respecto al año anterior	Nº de personas hipertensas con presión arterial bajo 140/90 mm Hg/ Nº total de personas hipertensas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2011 (64,3%)
Aumentar la cobertura efectiva de personas con Hb1ac inferior a 7% en el último control.	Control de Salud Cardiovascular	A lo menos un 1,0% de incremento de cobertura efectiva de AM diabéticos con Hb1ac <7% respecto al año anterior	Nº de personas diabéticas con Hb1ac <7% / Nº total de personas diabéticas esperadas según prevalencia ENS2009-2010) x 100	REM P04; Sección B Población estimada según prevalencia ENS 2009-2010 (25%)

Objetivo Específico	Actividad	Meta	Indicadores	Fuente del Indicador
Aumentar el número de personas cuidadoras de AM dependientes severos y con pérdida de autonomía que están capacitadas*. *Capacitación: toda acción educativa que se realiza por el equipo de salud al cuidador, en el establecimiento o domicilio.	Capacitación a cuidadores de AM con dependencia severa y/o pérdida de autonomía que reciben apoyo económico.	Al 100% de cuidadoras que reciben estipendio	(Nº de cuidadoras de AM que reciben estipendio capacitadas/ Nº total de cuidadores de AM dependientes severos que reciben estipendio)*100	Registro PRAPS
Mejorar la calidad de vida de las personas diabéticas bajo control en el PSCV que presentan úlceras activas, retinopatía diabética	Detección de personas diabéticas de 65 y más años bajo control con riesgo de ulceración o amputación del pie	100% de AM diabéticos bajo control han sido evaluadas y clasificadas según nivel de riesgo de ulceración o amputación del pie en los últimos 12 meses.	(Nº de AM diabéticas bajo control con riesgo alto y máximo de ulceración de los pies (puntaje>25 puntos) en los últimos 12 meses/ Nº Total de AM diabéticos bajo control en PSCV con más de 1 año de ingreso al programa al corte) x 100	REM P04; Sección C. REM P04, sección A
	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)	100% de las personas diabéticas bajo control con úlceras activas reciben manejo avanzado de heridas.	(Nº de AM diabéticos bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie tratadas con manejo avanzado/ Nº total de AM diabéticas bajo control en el PSCV con úlceras activas de pie) x 100	QUALIDIAB-Chile REM P04; Sección C Celda E44
	Examen de Fondo de ojo a los 12 meses del ingreso al PSCV por diabetes.	Al 100% de las personas diabéticas a los 12 meses desde su ingreso al PSCV tienen un examen de fondo de ojo en el nivel primario cuando disponga de UAPO u otra estrategia y secundario de atención	(Nº de AM diabéticas ingresadas al PSCV con fondo de ojo realizado a los 12 meses/ Nº total de AM bajo control en el PSCV por diabetes)x 100	REM P4 Sección C* / (REM P4 Sección A) - (REM A 05 Sección F) QUALIDIAB-Chile
Evaluar la calidad de la atención que reciben las personas diabéticas de 65 y más años en PSCV en al menos un centro centinela del Servicio de Salud	Medición periódica de la actividad con AM diabéticos en el centro centinela	100% de los AM bajo control en PSCV del centro centinela del Servicio de Salud están ingresadas a un sistema electrónico para medir periódicamente la calidad de la atención otorgada.	(Nº de AM diabéticos bajo control en PSCV del centro centinela evaluadas para determinar la calidad de la atención en los últimos 12 meses) / (Nº total de AM diabéticos, bajo control en PSCV en el centro centinela al corte) * 100.	QUALIDIAB-Chile u otro sistema informático que recoja los elementos básicos para evaluar la calidad de la atención / REM P4 Sección A
Establecer línea base de riesgo cardiovascular alto y muy alto en AM	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control "no diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con PA <140/90mm Hg y colesterol LDL<100mg/dl	(Nº AM no diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con PA < 140/90 mmHg y Col. LDL < 100 mg/dl en el último control) / (Nº total de AM bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte)*100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A
	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con	(Nº AM diabéticos bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA 1c < 7% y PA < 130/80	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A

		Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg	mmHg, en el último control) / (Nº total de personas diabéticas de 65 y más años en PSCV de riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100	
	Control de salud CV	Definir línea base en AM bajo control "diabéticos" de riesgo CV alto y muy alto con Hb1ac<7%, y PA <130/80mm Hg y Col LDL<100mg/dl	(Nº AM diabéticas bajo control en PSCV de riesgo CV alto y muy alto con HbA1c < 7%, PA < 130/80 mmHg y Col LDL < 100 mg/dl, en el último control) / (Nº total de AM diabéticas bajo control en PSCV con riesgo CV alto y muy alto al corte) * 100	REM P4 Sección B* / REM P4 Sección A
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%	(Nº de ingresos al programa de salud mental por depresión de 65 años y mas/ Nº total de personas de 65 años y más bajo control) x 100	REMP06 REMP05 SIGES

* Supeditado a modificación en los respectivos REM el año 2012

VI. Atención Cerrada y Ambulatoria de Especialidad

Los establecimientos hospitalarios separan su actividad en ambulatoria y cerrada, debiendo tender progresivamente a la ambulatorización de los procesos clínicos.

El rol de los hospitales en el modelo de atención es la contribución a la resolución de problemas requeridos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le ha definido, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia.

Por tanto, el verdadero reto para el hospital, para la función pública y social que debe cumplir, estriba en definir adecuadamente cómo dar respuesta que satisfaga eficazmente las necesidades de salud de la población expresada en las solicitudes de la red asistencial, basada en criterios clínicos y gerenciales, a la vez que logra una mayor calidad percibida por las personas y un mejor uso de los recursos, desde el punto de vista de la eficiencia.

Con el fin de sustentar el modelo de atención integral, se instala un Modelo de Gestión en Red que incorpora a todos los actores (establecimientos que interactúan en una red territorial) como responsables de los resultados sanitarios de la población.

La red de salud en el modelo sanitario chileno, tiene sentido, pues las personas resuelven problemas de salud de diferentes complejidades en diferentes establecimientos; así, un mismo proceso clínico por una enfermedad cualquiera, tiene etapas que se desarrollan en el centro de salud familiar, y etapas en que el paciente es derivado a especialidad, ya sea en forma ambulatoria u hospitalizado. El proceso clínico es la guía de la gestión en red que permite distinguir redes entre establecimientos que conectan procesos al interior de un mismo establecimiento de salud. En los procesos clínicos se vinculan acciones, ya sea sobre un determinado grupo etéreo, programa de salud o patología; también entre unidades diagnósticas o prestadoras de servicios de apoyo con unidades clínicas. Lo central siempre será la voluntad de llevar a cabo procesos completos que culminen en un alta o estabilización y control de un paciente, y de usar al máximo los recursos para reducir brechas.

El propósito de la programación hospitalaria, es implementar las soluciones que la red asistencial requiera para dar cumplimiento a las exigencias de manera planificada. El proceso de programación, demanda la participación de todas las personas y establecimientos involucrados en las acciones de atención, de un análisis y toma de decisiones de conjunto basado en la demanda y la oferta de servicios. Este proceso es de especial relevancia en este momento, en que todos los hospitales de alta complejidad se encaminan hacia la autogestión en red.

En este marco, 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.

6.1. 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:

- Porcentaje (%) de personas en lista de espera por más de 120 días.
- Porcentaje (%) de garantías explícitas cumplidas en el establecimiento.

- Porcentaje (%) de cesáreas.
- Indicadores de infecciones intra – hospitalarias.
- Porcentaje (%) de estadías prolongadas.
- Letalidad.
- Porcentaje (%) de cirugías mayores realizadas en forma ambulatoria.
- Porcentaje (%) de reclamos con respuesta oportuna.
- Porcentaje (%) altas por especialidades trazadoras (ambulatorio).
- Porcentaje (%) de camas indiferenciadas.
- Disminuir la hospitalización de pacientes categorizados en el grupo D2 y D3 de riesgo dependencia.

6.2. ETAPAS DEL PROCESO DE PROGRAMACION

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

2.1. 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.

2.2. Estimación de la demanda de atención 2012, 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.

2.3. 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.

2.4. 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.

2.5. 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.

2.6. 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.

2.7. 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.

2.8. 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.

2.9. 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.

2.10. Implementación de la programación anual

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

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

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.

6.3. PRODUCTOS DE LA PROGRAMACIÓN EN LA RED

3.1. Estimación de Cuidados Primarios

- Demanda de morbilidad, según tasa de consulta de prevalencia de patología crónica por grupo de edad.
- Demanda por enfermedades transmisibles de notificación obligatoria
- Estimación de controles de salud y de crónicos, según concentraciones y rendimientos.
- Estimación de actividades grupales comunitarias domiciliarias.

3.2. Demanda de Atención de Especialidad Recogida en el Origen

- Demanda de consultas nuevas de especialidad por especialidad existente en la Red.
- Demanda potencial o corregida⁴⁶ de consultas totales, procedimientos para atención y de cirugía ambulatoria para la atención abierta.
- Demanda de hospitalización, por servicio clínico de cada establecimiento hospitalario de la Red.
- Demanda potencial o corregida de días cama, cirugías y procedimientos médicos para la atención cerrada.
- Demanda potencial de días cama: UTI y UCI.
- Lista de Espera consolidada (de toda la Red), por especialidad en atención abierta, para consulta, procedimiento y cirugía ambulatoria.
- Lista de Espera consolidada para hospitalización y cirugía cerrada por servicio clínico de cada establecimiento de la Red.

3.3. Estimación de Recursos Necesarios

- Horas técnico – profesional para cuidados primarios.
- Horas – profesional por especialidad para atención abierta y cerrada.
- Estimación de camas por nivel de complejidad de los cuidados.
- Estimación de días cama crítica (UTI y UCI) adulto, pediátrico y neonatal.
- Estimación de horas de pabellón quirúrgico para cirugía mayor ambulatoria y en pacientes hospitalizados.

3.4. Oferta de Recursos

- Oferta de horas técnico – profesional para cuidados primarios.
- Oferta de horas técnico – profesional por especialidad para la atención abierta y cerrada.
- Oferta de camas por nivel de complejidad de cuidados.
- Oferta de días de cama crítico: (UCI y UTI) adulto, pediátrico y neonatal.
- Oferta de horas pabellón quirúrgico, para cirugía mayor ambulatoria, y en pacientes hospitalizados.

⁴⁶ La demanda potencial o corregida se refiere a la estimación de la demanda a través de coeficientes técnicos, con el fin de sumar a la demanda registrada, aquella que se produciría al satisfacer la demanda de la prestación básica que la origina. Ejemplo: consultas médica de especialidad, días cama.

3.5. Brecha de Recursos

- Brecha de horas técnico – profesional para cuidados primarios.
- Brechas de horas técnico – profesional por especialidad para atención abierta, para cada establecimiento y para toda la Red.
- Brecha de días cama por nivel de complejidad de cuidados y por establecimiento.
- Brecha de horas pabellón de cirugía ambulatoria y cirugía cerrada.
- Brecha de camas críticas por establecimiento de la red.

VII. SALUD OCUPACIONAL EN ATENCIÓN PRIMARIA

7.1. FUNDAMENTOS

Otorgar servicios básicos de salud ocupacional en la Atención Primaria de Salud implica aportar al diagnóstico y registro oportuno de los accidentes del trabajo y las enfermedades profesionales, facilita al trabajador o trabajadora acceder a un tratamiento adecuado y a los beneficios de prestaciones médicas y económicas contempladas en la Ley 16.744 para aquellos que de hecho están protegidos por la ley 16.744 (derivación al organismo administrador de la ley previa primera atención); posibilita una acción o intervención preventiva en los lugares de trabajo y sobre los otros trabajadores o trabajadoras que allí laboran expuestos al mismo riesgo que causó el accidente de trabajo o la enfermedad profesional y facilita la recuperación de fondos desde el establecimiento por las prestaciones de origen laboral otorgadas, dado que éstas deberían ser reembolsadas por los organismos administradores y coadministradores (Mutuales, Instituto de Seguridad Laboral y Servicios de Salud) en los casos de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales.

Los trabajadores y trabajadoras de empleos temporales o esporádicos con seguro por tiempo limitado o sin éste recibirán atención en salud acorde a los riesgos laborales que están expuestos.

Incluir servicios básicos de salud ocupacional en el programa de la atención primaria de Salud, implica que el enfoque de salud ocupacional será más completo, con una visión de salud pública y no reducido a un tema de administración del seguro de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales en Chile.

Los principales usuarios de la red de atención primaria en materia de consultas por accidentes y enfermedades relacionada con el trabajo son los/as trabajadores/as desprotegidos (por cuenta propia, temporales), a los que se debe garantizar el acceso a prestaciones de salud laboral en forma oportuna y de calidad (promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Sin embargo, también se otorga atención a trabajadores/as protegidos adheridos a organismos administradores de la Ley 16.744, si no se pesquisan los accidentes o enfermedades de origen laboral, se favorece el subsidio cruzado contribuyendo al desfinanciamiento del sistema público de salud

Los Servicios de Salud junto al Instituto de Seguridad Laboral y las SEREMIS de Salud cumplen el rol de co-administrador del Seguro de Accidentes del Trabajo y Enfermedades Profesionales. Por ello deben otorgar las prestaciones médicas a los trabajadores/as calificados como obreros para efectos de la Ley 16.744, art.9. En este contexto, es imprescindible regularizar los procedimientos administrativos y financieros del seguro contra riesgos de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales (Ley 16.744), reforzando la articulación de los establecimientos de APS con los otros niveles de atención de la red asistencial.

El mejoramiento de la pesquisa permite que un número importante de trabajadores/as, puedan acceder a los beneficios del seguro de accidentes y enfermedades profesionales, con

ello se evita el subsidio cruzado que de lo contrario repercute en desmedro del financiamiento de APS y adicionalmente permite realizar acciones de prevención específica, mediante la definición de políticas pública.

Por todo lo antes señalado, se hace necesaria la implementación de un programa de Salud Ocupacional en Atención Primaria de Salud, que facilite el acceso a servicios básicos de salud ocupacional.

7.2. PROPOSITO Y OBJETIVOS

Propósito

Incorporar la temática de Salud Ocupacional en la red de atención primaria, permitiendo así el acceso a los beneficios que entrega la ley para todos los/as trabajadores/as consultantes, con una atención oportuna y de calidad, focalizada en trabajadores/as desprotegidos afiliados al Instituto de Seguridad Laboral, a través de actividades de promoción, y recuperación de la salud en la atención así como prevención de riesgos en los lugares de trabajo.

OBJETIVO GENERAL

Desarrollar un programa básico de Salud Ocupacional para la Atención Primaria.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Facilitar el acceso universal de los trabajadores/as, a las prestaciones de salud ocupacional en la red de atención primaria
2. Promover capacidades de pesquisa de salud laboral en los centros públicos de atención de salud, contribuyendo en forma activa a intervenciones y acciones de fiscalización a través de centros y eventos centinelas. (Casos pesquisados).
3. Promover la participación, demanda y control social de los trabajadores y trabajadoras sobre los organismos e instituciones responsables, a través de campañas de información y comunicación en la población usuaria de APS y de la comuna.
4. Reducir los subsidios cruzados entre la APS y organismos administradores asociados a la atención de trabajadores/as en los centros de atención primaria por problemas de salud ocupacional no diagnosticados.
5. Promover acciones preventivas en salud ocupacional con técnicas y metodologías posibles de implementar en el primer nivel de atención, acorde al perfil epidemiológico laboral de la comuna.
6. Desarrollar capacidad de respuesta adecuada a nivel de la atención primaria en el tema de salud ocupacional.

7. Fortalecer los programas de vigilancia epidemiológica de salud ocupacional, a través de la participación efectiva de la APS en ellos: accidentes laborales, enfermedades profesionales (trastornos músculo esqueléticos, enfermedades mentales, hipoacusia, neumoconiosis, dermatitis, asma ocupacional, intoxicaciones por plaguicidas, entre otros).

7.3. ESTRATEGIAS:

7.3.1. Incorporar el enfoque de Salud Ocupacional al Diagnóstico de Salud Comunal.

7.3.2. Vigilancia Epidemiológica de Salud Ocupacional

a) Fortalecer la Red de Vigilancia de Intoxicaciones Agudas por Plaguicidas (REVEP), implementar la pesquisa de la sospecha de Intoxicación Aguda por Plaguicidas (Notificación Obligatoria D.S. 88/2004 del MINSAL)⁴⁷ en los SAPU y Postas Rurales.

b) Implementar procedimiento para la pesquisa, registro y notificación de patología laboral (accidentes del trabajo y enfermedades profesionales) en los Servicios de Urgencia, SAPU, Postas Rurales y Centros de Salud Familiar. (Según plan de trabajo con Depto. de Salud Ocupacional – Salud Pública – MINSAL).

7.3.3. Mejorar el acceso a la atención de salud de los trabajadores y trabajadoras

a) Implementar procedimiento de referencia y contrarreferencia para los trabajadores y trabajadoras accidentados o enfermos por patología laboral, a los correspondientes organismos administradores de Ley 16.744. (según plan de trabajo con Depto. de Salud Ocupacional – Salud Pública – MINSAL).

b) Asegurar la atención oportuna y de calidad en la red de atención primaria a las trabajadoras y trabajadores.

c) Implementar Consejerías en Salud Ocupacional en las atenciones dadas en la red APS

d) Difundir información en las Oficinas de Información Reclamos y sugerencias (OIRS), sobre las prestaciones de salud ocupacional.

e) Implementar el Plan de Normalización de la Ley 16.744 en APS

7.3.4. Prestaciones o actividades

AREA ESTRATEGICA PROMOCION

a) Empoderar a los trabajadores organizados (comités paritarios) en el control de los riesgos laborales y salud ocupacional.

AREA ESTRATEGICA PREVENCION

⁴⁷ Ver <http://epi.minsal.cl/epi/html/secciones/intoxicaciones.htm#indica>

a) Consejería en Salud Ocupacional; es la atención realizada por integrante del equipo de salud a una persona o un grupo, con el fin de entregar contenidos y orientaciones en materias de salud ocupacional; para orientar a trabajadores y trabajadoras, empresarios y comunidad, sobre derechos y deberes, prevención de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales.

b) Educación grupal salud laboral; es la actividad destinada a la población inscrita, en temas relacionados con exposición a prevención de riesgos en el trabajo y salud ocupacional.

c) Control de Salud Preventivo del Adulto con enfoque Laboral (pesquisa de factores de riesgos o patologías laboral); corresponde al control de salud preventivo del adulto, que además de identificar los factores de riesgo según los estilos de vida, incorpore la variable trabajo como determinante de la salud de la población, a través de la pesquisa de patologías de origen laboral y de agentes o factores de riesgo presentes en su trabajo.

d) Control de salud de trabajadores y trabajadoras por exposición laboral a un riesgo específico; corresponde a la actividad de vigilancia de trabajadores y trabajadoras sanos expuesto laboralmente a un agente o factor de riesgo derivados de su actividad productiva, consiste en un control de salud, efectuado por un profesional, que incluye exámenes, encuestas de signos y síntomas, toma de muestra para indicador biológico de exposición según el riesgo y protocolo de vigilancia específico .

AREA ESTRATEGICA TRATAMIENTO, solo para los desprotegidos y beneficiarias ISL con calidad de obreros.

10.3.a. Las actividades que son resueltas por la APS, según Plan de Salud Familiar.

10.3.b. Las atenciones de salud que no puedan ser resueltas en la APS, se debe implementar un sistema de referencia y contrarreferencia con la atención de mayor complejidad. Los accidentes del trabajo y enfermedades profesionales se otorga la primera atención, según complejidad se resuelven o, derivan, si lo derivan a un nivel de mayor complejidad, estos a su vez resuelven y derivan a APS para su seguimiento. Nivel secundario o de mayor complejidad donde también debe implementarse un referente de Salud ocupacional que coordine con las especialidades, odontólogo, otorrino, oftalmólogo, traumatólogo, bronco pulmonar, toxicólogo, neurólogo, dermatólogo, psiquiatra, cirujano plástico, máxilofacial, entre otros

AREA ESTRATEGICA REHABILITACIÓN solo para los desprotegidos y beneficiarios ISL con calidad de obreros.

Coordinarse el acceso a atención por Kinesiólogo, fisiatra, fonoaudiólogo, psicólogo, protesistas entre otros.

REGISTRO EN EL SINAISO POR LA APS

Actualmente está en funcionamiento SINAISO (Sistema Nacional de Información de Salud Ocupacional), sistema que esta *on line* desde el 2009.

Se debe realizar previa asignación de claves de acceso al SINAISO.

7.3.5. FINANCIAMIENTO

Las atenciones o prestaciones médicas que se otorguen a trabajadores y trabajadoras por un accidente del Trabajo o Enfermedad Profesional en el Centro de Salud, tienen un mecanismo de financiamiento diferente al establecido en el Per Cápita; por lo cual, es importante identificar tanto el accidente y enfermedad según su origen (laboral o común), como también el organismo administrador al que está adherida la empresa del trabajador consultante, para recuperar los recursos financieros invertidos en las prestaciones otorgadas en el centro de salud de APS.

a) Los cobros o recuperación de fondos por Salud Ocupacional están establecidos en la Ley 19.378 Estatuto de Atención Primaria. Artículo 52: “En el caso de las atenciones por Accidentes del Trabajo o Enfermedad Profesional a los beneficiarios de la Ley 16.744, cuyo seguro no sea administrado por una Mutualidad de Empleadores, ni por una empresa de Administración Delegada, no procede efectuarles cobro directo alguno, debiendo la Municipalidad cobrar al Servicio de Salud por las prestaciones otorgadas. Si dicho seguro es administrado por una mutualidad de empleadores o por una empresa de administración delegada, la municipalidad podrá cobrar directamente a tales entidades las atenciones que preste a los referidos beneficiarios como único precio por ellas”.

b) En el caso de los trabajadores desprotegidos del Seguro Contra Riesgos de Accidentes y Enfermedades Profesionales no corresponderá reembolso de gasto al centro de salud, dado que no existe cobertura de la Ley 16.744 para ellos.

Tabla de Anexos

ANEXO:

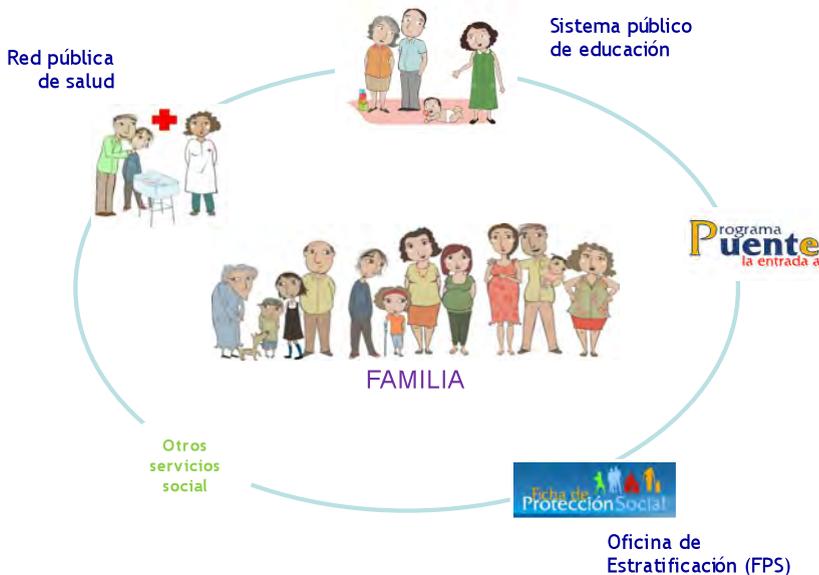
Nº 1: Sistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo

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.

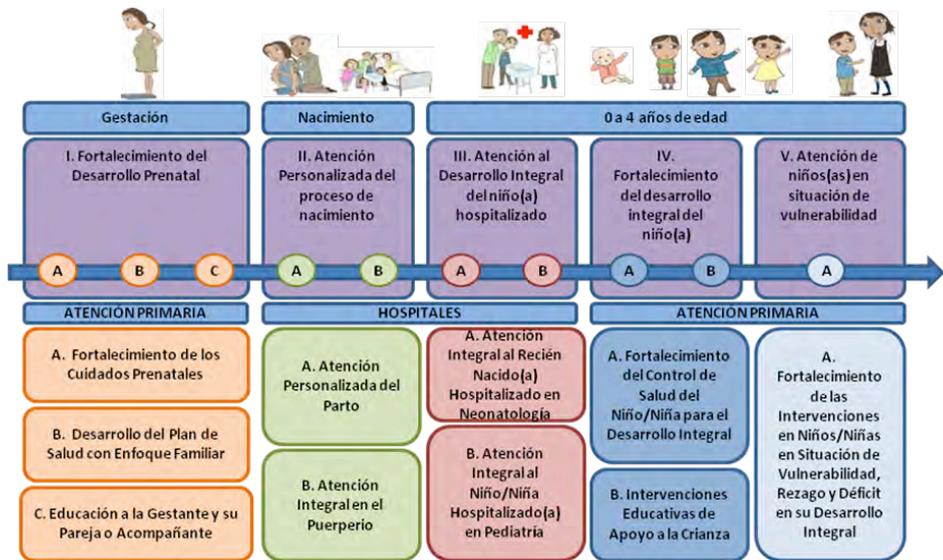
Chile Crece Contigo: una red integrada de servicios sociales



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)⁴⁸ 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 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.

⁴⁸ 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.

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 Programa de Apoyo al Desarrollo Bio Psicosocial (PADBP), implica avanzar en la materialización 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

Nº 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 6º, 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”⁴⁹.

Con la promulgación del Reglamento Sanitario Internacional – RSI 2005⁵⁰, 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 siguientes⁵¹:

- 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 SIVEP⁵², deberá además, ingresar las notificaciones en dicho software.

⁴⁹ Resolución Exenta N° 2323, de 30/11/2000, del Ministerio de Salud.

⁵⁰ Decreto Supremo N° 230, de 2008, del Ministerio de Relaciones Exteriores (D.O.23/12/2008).

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

⁵² 5 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 jurisdicción⁵³.
- 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 Epidemiología⁵⁴, 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.

Las enfermedades de notificación obligatoria con su correspondiente periodicidad son⁵⁵:

a) De Notificación Inmediata

53 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.

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

55 De acuerdo al DS N°158/2004 y las siguientes actualizaciones: - Dto. N° 147/05, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 03.09.05

- Dto. N° 55/08, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 11.07.08

- Dto. N° 13/10, del Ministerio de Salud, publicado en el Diario Oficial de 19.04.10

La sospecha de casos de Botulismo, Brucelosis, Carbunco, Cólera, Dengue, Difteria, Enfermedad invasora por *Haemophilus influenzae*, Enfermedad Meningocócica, Fiebre Amarilla, Fiebre del Nilo Occidental, Infecciones Respiratorias Agudas Graves (incluidas las neumonías que requieren hospitalización), Leptospirosis, Malaria, Meningitis Bacteriana (incluida enfermedad Meningocócica), Peste, Poliomielitis, Rabia humana, Sarampión, SARS, Síndrome Pulmonar por Hantavirus, Triquinosis, y Rubeóla. 1 2 3

La ocurrencia de toda agrupación de casos relacionados en el tiempo y en el espacio, donde se sospeche una causa infecciosa transmisible, incluidos los Brotes de Enfermedades Transmitidas por Alimentos.

La ocurrencia de fallecimientos de causa no explicada, en personas previamente sanas, cuando se sospeche la presencia de un agente infeccioso transmisible.

b) De Notificación Diaria

Coqueluche, Enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis Americana), Enfermedad de Creutzfeld-Jakob (ECJ), Fiebre Tifoidea y Paratifoidea, Gonorrea, Hepatitis viral A, B, C, E, Hidatidosis, Lepra, Parotiditis, Psitacosis, Rubéola Congénita, Sífilis en todas sus formas y localizaciones, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), Tétanos, Tétanos neonatal, Tuberculosis en todas sus formas y localizaciones, Tifus Exantemático Epidémico. 4

c) Notificación exclusiva a través de establecimientos centinelas

Las siguientes enfermedades corresponden a las que deben ser notificadas obligatoriamente sólo por los centros y establecimientos definidos como centinelas por la autoridad sanitaria:

I) Influenza

II) Infecciones Respiratorias Agudas

III) Diarreas

IV) Enfermedades de Transmisión Sexual (excepto Gonorrea, Sífilis

y VIH/SIDA)

V) Varicela

La vigilancia a través de establecimientos centinelas involucra el apoyo de

laboratorio para el diagnóstico.

ANEXO

Nº3: 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 9º, 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 Nº 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 Nº 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 Nº 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 Nº 1, está dada por los siguientes Reglamentos:

- **Reglamento del Ministerio de Salud**, Decreto Nº 136/04 Publicado Diario Oficial el 21/04/2005 y su modificación Decreto Nº 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 Nº 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 Nº 1889 de 1995, y reglamento General, Decreto Nº 2296 de 1995.
- **Ley 19.813 de 2002**, crea asignación por cumplimiento de metas colectivas en Atención Primaria, reglamentada por el Decreto Nº 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 Nº 47 de septiembre 2007.
- **Ley 20.250 de 2008**, y su reglamento Decreto Nº 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.
- 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 Medico Administrativas para el cumplimiento de las garantías explícitas en salud según ley N° 19.966.
- Decreto Supremo N° 194, MINSAL, publicado 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 loa 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:

Nº4: Orientaciones para la Programación de Medicamentos para la Compra Centralizada 2012

ORIENTACIONES PARA LA ESTIMACIÓN DE DEMANDA Y PROGRAMACIÓN DE MEDICAMENTOS Y DISPOSITIVOS GES APS 2012: CARDIOVASCULAR-PARKINSON-ARTROSIS-EPILEPSIA-PRESBICIE

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

- Coordinador Servicios Farmacéuticos de la Dirección del Servicio
- Encargados de los programas pertinentes de la Dirección del Servicio o quien designe el Director
- Encargados GES
- Profesional a cargo de la gestión farmacéutica en las Entidades Administradoras de Salud de comunas que el Director determine

La demanda estimada debe satisfacer los requerimientos de farmacoterapia de la población a atender el 2012 en la red ambulatoria solo de APS: atención abierta de hospitales 4 (comunitarios), centros de salud y postas de salud.

Para tal efecto se debe considerar lo siguiente:

- - la población bajo control oficial disponible en el Dpto. de Estadísticas e Informática del
- Ministerio de Salud del Servicio de Salud y cada uno de los establecimientos APS de su red.
- - las orientaciones que entregue el encargado del programa respectivo local
- - modificaciones en el decreto supremo que aprueba las garantías explícitas en materia de farmacoterapia para APS
- - SIGGES que podría entregar el número de casos que inician tratamiento en cada Servicio solo para algunos programas

La recomendación es trabajar con las prevalencias sobre el porcentaje de variaron de la población inscrita validada 2010-2011 para cada comuna y sus establecimientos dependientes y la población FONASA beneficiaria en cada centro de salud dependiente de la dirección de Servicio de Salud.

Consideraciones en la generación de la programación de cada medicamento y dispositivo medico:

- - Definición correcta de cada producto de acuerdo a la glosa CENABAST teniendo en cuenta la unidad de cada producto definido en la glosa e identificar la cantidad de cada producto de acuerdo a esa unidad.

- - Programación en cantidad necesaria para los 12 meses del año estableciendo la cantidad para cada mes del año y si se requiere acumular entregas de varios meses en una fecha determinada, se deberá coordinar con el ejecutivo CENABAST correspondiente quien, de acuerdo a la situación decidirá el procedimiento a seguir.
- - Incorporación de la cantidad definida como “ stock critico” mínimo un mes de consumo y debe distribuirse en la demanda de cada mes del año.
- - Reactivación del plan de mejora de los puntos de almacenamiento en la red: Dirección de Servicio si es el caso, Entidad Administradora de Salud Municipal, establecimiento de salud . Para tal efecto cada Servicio de Salud cuenta con las Orientaciones enviadas en agosto de 2009.

Fuentes de información:

REM 2010 (población bajo control diciembre 2010) y REM 2011 (población bajo control junio 2011), información de población bajo control disponible :

- i. salud cardiovascular : pacientes con diabetes y paciente en tratamiento con insulina
- ii. enfermedades crónicas :epilepsia según por grupo etáreo menor de 15 años y mayor de 15 años; artrosis más de 55 años; párkinson que no consigna la población por el grupo etáreo que se necesita; patologías respiratorias

-SIGGES que entrega el número de casos a la fecha atendidos en cada Servicio.

-Consumo histórico por producto teniendo **en consideración las fallas en el abastecimiento.**

-Las metas locales en cuanto a modificar la población bajo control, derivación del nivel 2º, aumento de cobertura, entre otras.

-Variación población FONASA inscrita validada para las comunas y población FONASA beneficiara para los centros de salud de la red APS local.

**ORIENTACIONES PARA LA PROGRAMACIÓN DE MEDICAMENTOS COMPRA
CENTRALIZADA 2012 APS**

Nº	Programa	Cobertura	Consideraciones sobre farmacoterapia		
4	EPILEPSIA no refractaria ANTICONVULSIVANTES	Pacientes menos 15 años: Pacientes bajo control DIC. 2010 : 5090 (DEIS - MINSAL)	Ac.valproico CM 200 mg	Año 1: 30,5% BC Años 2:30,5% BC x 6 meses y dosis regresiva x 6 meses	
			Ac.valproico gotas 375 mg/ mL FC 25 mL	Año 1: 9,5% BC Año 2: 9,5% BC x 6 meses y dosis regresiva x 6 meses	
			Carbamazepina CM 200 mg	Año 1: 40 % BC Año 2: 40 % BC x 6 meses y dosis regresiva x 6 meses	
			Fenitoina CM lib.convencional 100 mg	Año 1: 5% BC Año 2: Año 1: 40 % BC x 6 meses y dosis regresiva x 6 meses	
			Lamotrigina CM 50 mg	2% BC	
			Levetiracetam CM 500 mg	2% BC	
			Pacientes mas 15 años: Pacientes bajo control DIC. 2010 : 32.549 (DEIS - MINSAL)	Ac.valproico CM 200 mg	30 % BC
				Carbamazepina CM 200 mg	50 % BC
				Fenitoina CM lib.convencional 100 mg	20 % BC
5	SALUD CARDIOVAS- CULAR: insulinas y jeringas	Nº pacientes DM 2 BC diciembre 2010: 540.031 (DEIS - MINSAL) Nº pacientes con tratamiento insulina diciembre 2010: 40.726 (DEIS - MINSAL)	Nº FA insulina NPH año/ paciente :18		
			Nº jeringas insulina año/paciente: 730		
			% FA insulina cristalina crisis : 5 %		
6	SALUD ADULTO MAYOR: lentes presbicie	100% de adultos mayores evaluados en el programa de salud, el 70% tiene problemas visuales de los cuales solo el 20% corresponde a presbicie : 91.492 (DEIS-MINSAL diciembre 2010)	Lente 2 dioptrías: 30% población AM c/presbicie pura. Se renuevan cada 2 años.		
			Lente 2,5 dioptrías: 30% población AM c/presbicie pura. Se renuevan cada 2 años.		
			Lente + 3 dioptrías: 40% población AM c/presbicie pura.: Se renueva cada 2 años		
7	PARKINSON: antiparkinsonianos	Menor 55 años: 526 diciembre 2010 (DEIS - MINSAL)	L-Dopa carbidopa CM 250 mg/ 25 mg	52,5% BC	
			L-Dopa benzerasida cm 200 MG/ 50 MG	17,5% BC	
			Pramipexole CM 0,25 mg y 1 mg	50,0% BC	
			Trihexifenidilo CM 2 mg	35 % BC	
		Mas 55 años: 6415 diciembre 2010 (DEIS - MINSAL)	L-Dopa carbidopa CM 250 mg/ 25 mg	75 % BC	
			L-Dopa benzerasida cm 200 MG/ 50 MG	25% BC	
			Pramipexole CM 0,25 mg y 1 mg	25% BC	
			Trihexifenidilo CM 2 mg	20 % BC	
			Quietapina CM 25 mg	25 %BC	
8	ARTROSIS LEVE Y MODERADA: antiinflamatorios y analgésicos	Mas 55 años: 77.665 diciembre 2010 (DEIS - MINSAL)	Celecoxib CP 200 mg	5 % BC	
			Tramadol CP 50 mg	70% BC uso no crónico (6 días por episodio)	
			Tramadol gotas 100 mg/mL,FC 10 mL	100 % BC uso no crónico (6 días por episodio)	

Modificaciones:

- epilepsia no refractaria menor 15 años incorpora lamotrigina CM 50 mg y levetiracetam 500 mg
- aporte de 2 jeringas para insulina día/paciente año
- eliminación de acido valproico jarabe.

ANEXO

Nº5: Orientaciones para el Programa de la mujer - Regulación de la Fertilidad

Población de Mujeres Menores de 15 a 35 años y más

En Chile ha existido una tradición en torno a la responsabilidad del Estado en orden a promover actividades tendientes a obtener la salud y el bienestar de la familia, en particular de las que se encuentran en condiciones de mayor riesgo biopsicosocial. El concepto de Paternidad responsable es una dimensión dentro de las políticas de bienestar social y familiar; implica tener solamente los hijos que puedan ser formados integralmente. La Planificación Familiar es un componente de la misma, la cual permite armonizar la fecundidad humana con las necesidades del bienestar y la salud de la familia.

Dentro de los Objetivos de desarrollo del Milenio, Chile ha comprometido la meta de lograr una cobertura de 60% en regulación de la fecundidad al año 2015. (Cobertura año 2009= 36%), lo que significará realizar un aumento progresivo de la población bajo control de un 4.8% anual

Tabla de Anticonceptivos y Dispositivos a considerar en la Programación del Año 2012

⊙ Anticonceptivo oral 21 grageas etinil estradiol 0.03 mg, levonorgestrel 0.15 mg y 7 grageas placebo , blister sellado cj 1 ciclo
⊙ Anticonceptivo oral 21 grageas etinil estradiol 0.03 mg, levonorgestrel 0.15 mg sin placebo , blister metálico sellado cj 1 ciclo
⊙ Anticonceptivo progestágeno puro blister 35 gg cj 1 ciclo
⊙ Etonogestrel 68 mg. Implante subcutáneo bastoncillo con aplicador estéril desechable envasado en blister cj 1 implante
⊙ Noretisterona enantato/estradiol valerianato 50/5 mg am 1 ml o jeringa prellenada en envase individual
⊙ Medroxiprogesterona acetato/estradiol cipionato 25/5 mg am 1 ml o jeringa prellenada en envase individual
⊙ Medroxiprogesterona acetato jeringa pre llenada o am 150 mg/1 ml en envase individual
⊙ Preservativo resistente, largo 16 cm diámetro 4.4-5.6 cm con lubricante acuoso o siliconado envase individual.
⊙ T de cobre modelo 380 a envase individual estéril
⊙ Levonorgestrel cm 0,75 mg cj 2 cm
⊙ Levonorgestrel cm 1,5 mg cj 1 cm
⊙ Test de embarazo

Programación Año 2012:

Considere REM e índice de incremento observado en consumo de anticonceptivo años 1995 - 20010. Stock crítico anual de tres meses por cada producto.

Considere PBC 2008 en Etonorgestrel 68 mgs. Implante subcutáneo, necesidad de recambio, asimismo en T de Cu 380A. Considerar personas que necesitan retiro o recambio de estos anticonceptivo.

La Planificación de la demanda y programación de anticonceptivos de cantidades a adquirir, debe contar con la participación de la profesional Matrona Encargada del Programa Salud de la Mujer, y, el o la Coordinadora Farmacéutica de la Dirección del Servicio de Salud; Profesional a cargo de la gestión farmacéutica en las entidades Administradoras de Salud de comunas que el Director determine y Matrona Encargada del programa Salud de la Mujer en Consultorios.

La estimación de medicamento e insumo para cada mes del año 2011 debe corresponder a una planificación de la demanda considerando la población bajo control a Diciembre del año 2010 y primer semestre 2011.

Se programará para los doce meses del año, más stock crítico de tres meses.

Considerar condiciones de almacenamiento y capacidad de bodega.

La distribución de producto durante el año 2012 será de responsabilidad de los proveedores adjudicados de acuerdo al calendario, coordinado con CENABAST y Servicios de Salud.

Fuentes de información para la estimación de la demanda:

1. REM 2010 Población bajo Control en control en Regulación de Fecundidad según grupo de edad y anticonceptivo utilizado, por Servicio de Salud SNSS.
2. Variación de demanda 1995 - 2011. Junio 2011, proyectada a Diciembre 2011.
3. Población FONASA inscrita validada por las comunas.
4. Población FONASA beneficiaria para los Centros de Salud dependiente.

ANEXO

Nº6: 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.”⁵⁶

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

⁵⁶ Definición OPS, OMS, OIT

extensa red de establecimientos de salud y redes sociales. Así mismo, busca respetar 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),⁵⁷ 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 inclusivas⁵⁸, 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 simple⁵⁹, desde el punto de vista del tipo de intervención

⁵⁷ Lena Saleh, ex directora de Educación Especial UNESCO, Paris. *Inclusión Social, Discapacidad y política Pública*, Unicef, Ministerio de Educación, Chile Nov, 2005.

⁵⁸, Bronferbrenner U; *Ecología del desarrollo humano*, 1996.

⁵⁹ *Lecciones Aprendidas: Rehabilitación de Base Comunitaria en América Latina*, Dr. Armando Vásquez, María Alejandra

social es de mayor complejidad porque debe abordar al individuo en situación de 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-psicosocial 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.⁶⁰, 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

Martínez, OPS.

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

servicios sea, fluida y productiva.

- 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 Pladeco⁶¹.
- 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
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.

61 PLADECO: Plan de Desarrollo 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.

Metas RBC

- 10% de los procedimientos corresponden a fisioterapia
- 5% de las PSD⁶² reciben Consejería Individual y/o familiar
- 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
- 20% de las actividades de promoción corresponden a actividades de cuidados al cuidador
- 50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales.
- 100% de los centros cuentan con Dg participativo
- 100% de los centros cuentan con Planificación de las Actividades Comunitarias
- 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 los procedimientos corresponden a fisioterapia
- 5% de las PSD⁶³ reciben Consejería Individual y/o familiar
- 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
- Mantener al menos un 20% de PsD con parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular
- 20% de las actividades de promoción corresponden a actividades de cuidados al cuidador
- 50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales.
- 100% de los centros cuentan con Dg participativo
- 100% de los centros cuentan con Planificación de las Actividades Comunitarias
- 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

- 10% de los procedimientos corresponden a fisioterapia

⁶²PsD: Personas en Situación de Discapacidad

⁶³PsD: Personas en Situación de Discapacidad

- 5% de las PSD⁶⁴ reciben Consejería Individual y/o familiar
- 70% 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
- Mantener al menos un 20% de PsD con parkinson , secuela de AVE, otros déficit secundarios a compromiso neuromuscular
- 20% de las actividades de promoción corresponden a actividades de cuidados al cuidador
- 50% de las actividades de Educación corresponden a actividades grupales.
- 100% de los centros cuentan con Dg participativo
- 100% de los centros cuentan con Planificación de las Actividades Comunitarias
- 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.

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 participativo en las comunas rurales para conocer cuántas personas están en situación de discapacidad, grado y problemas de este grupo.
- Hacer un Plan de trabajo con las organizaciones sociales que participaron en el Dg Participativo a objeto de generar y consolidar las redes sociales en torno a la discapacidad.
- 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 familiar⁶⁵.
- 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.

Tiempos Terapéuticos

SUGERENCIA DE TIEMPOS TERAPÉUTICOS Y FRECUENCIA

Los tiempos terapéuticos en rehabilitación son diferentes a las otras prestaciones, en actividades individuales dependiendo de la condición de la persona, se puede requerir 3 horas para un solo paciente (TEC, AVE saliendo de la etapa subaguda), con los dos profesionales, trabajo de menor tiempo alarga el proceso y se obtienen menores resultados.

⁶⁴PsD: Personas en Situación de Discapacidad

⁶⁵ Un enfoque de la salud que abarca la totalidad del ciclo vital. Repercusiones para la Capacitación OMS, 2000.

A su vez en artritis y artrosis leves en una primera etapa donde el dolor es de menor intensidad se sugiere trabajar en grupos de 8 a 12 personas dependiendo de los espacios, en actividades educativas.

Prestación	Condición	Tiempo terapéutico	Frecuencia
Consultas de Rehabilitación Física.	Portadores de TEC, Lesión medular traumática, AVE y otros cuadros complejos recientes	60 min.	1 vez x ingreso
	Portadores de síndromes dolorosos de cualquier origen leve y otras patologías discapacitantes de curso crónico	45 min.	1 vez x ingreso
Control rehabilitación física. Incluye los tiempos para procedimientos rehabilitación física (estas actividades deben ser anotadas en registro paralelo en forma desagregada)	Portadores de TEC, Lesión medular traumática, AVE y otros cuadros complejos recientes	60 min.	2-3 veces por semana
	Portadores de síndromes dolorosos de cualquier origen leve y moderado y otras patologías discapacitantes de curso crónico	45 min.	1-2 veces por semana
Consejerías Individuales o familiares	Tiempo depende de complejidad del caso	45-60 min	1- 2 veces x ingreso
Terapias Grupales (de 6 a 12 personas por vez, dependiendo del espacio)	Artrosis leve y moderada, Parkinson, Adulto Mayor, grupos ergoterapia, prevención cardiovascular, etc.	60 min.	1-2 veces x semana
Trabajo Comunitario / Talleres	Requiere sumar a los tiempos asignados los tiempos de traslado.	60 a 120 min.	1-2 veces x mes
Reunión clínica	Revisión y estudio de casos por los profesionales del equipo incorporando, según necesidad, a otros profesionales	60-120 min.	1-4 veces por mes

Nota: tanto los tiempos terapéuticos como la frecuencia son orientativos.

ANEXO

Nº7: 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 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”⁶⁶, 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 cultura

⁶⁶ “Política de Salud y Pueblos Indígenas”; Minsal 2006

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 Comunales 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 s 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 ⁶⁷ 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, Ngullatún, 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 usuaría 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 ⁶⁸ Modalidad Atención Mapuche ⁶⁹

67 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

68 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. Bio Bio: 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

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

ANEXO

Nº8: Orientaciones generales de gestión local en APS

- A continuación se incluye una serie de recomendaciones del área administrativo – financiera que permita a los centros realizar de forma concreta el nexo entre “desarrollo” de modelo de Salud Familiar y administración y gestión del centro de salud. Este es un aporte de la Dra. Gina Brun y equipo de APS del Servicio de Salud Valdivia, cuya colaboración agradecemos.
 - Actividades administrativas de mejoras y avances de modelo salud familiar (Ej. Estrategia para la creación y mantención de un equipo programación y estadísticas que trabaje a la par con el cuerpo de personal clínico del centro.)
 - Desarrollo de Métodos locales de determinación (suficiencia) y estrategias de mantención de la dotación de personal del centro, con una mirada más amplia a la entregada a la planificación clínica que se realiza y que incluya el estudio de las horas y necesidades reales, de las tareas administrativas del centro de salud.
 - Planificación de estrategias y mejoras de los procesos de las obligaciones administrativas de los programas de APS. (por ejemplos registros, trabajo en equipo para estudios de caso, análisis permanente de los datos emitidos por el centro tanto para validarlos como para utilizarlos, entre otros)
 - Desarrollo de estrategias locales para definir y mejorar estructura, práctica y acceso de la distintas tareas de gestión y administración del centro (por ejemplo transparentar procesos de reclamo, información en la comunidad gestión de entrega y perdida de horas, etc.) a nivel de centro como el trabajo con el intersector.
 - Planificación de las horas de trabajo administrativo tanto de las personas del área clínica, como del área administrativa, que se deben realizar y coordinar para la mejora continua del desarrollo de los programas y prestaciones de APS , como las distintas funciones que ha ido asumiendo el centro de salud con la comunidad (trabajo de Comités locales de Salud), mesas intersectoriales, negociaciones de convenios y compras con sector privado, etc.)
 - Estrategias y acciones de recursos económicos del centro: es decir métodos de estimación de gastos y trabajos adicionales al manejo optimo de los mismos. Por ejemplo planes de contención y aprovechamiento de saldos.
 - Incorporar herramientas de evaluación de desempeño organizacional, que sean complementarios a los indicadores médicos y clínicos, orientados a la observación de **administración integral del centro**, para medir mejoras en el mismo centro o comparando centros de iguales características)

-
- Planes de capacidad de gestión de la tecnología (Por ejemplo: planificación en red de la optimización de los mismos, reposición, mantenimiento adquisición de la tecnología necesaria para el trabajo diario.)
 - Desarrollo permanente de Auditorías internas y externas de registros, estadísticas, mecanismo de citación y recitar horas medicas, etc.
1. La idea es no crear más indicadores ni planillas complementarias, si no ayudar a los equipos a incorporar una metodología efectiva de trabajo; que les permita unir el “modelo de salud familiar” con el quehacer diario y rutinas administrativas del centro.
 2. Aumentar las instrucciones, acompañamiento y capacitación en la metodología de planificación en APS a través del método Doherty Baird que es una de las metodologías de programación clínica más efectivas, eficientes y concordante con el modelo de salud familiar que se está implantando en el país. (sobre todo para el manejo de agendas).
-